

THESIS

MARBURG

1965

Aus der Universitäts-Nervenlinik Marburg/Lahn
(Direktor: Professor Dr. H. Jacob)

**Katamnestische Untersuchungen
zur Psychosomatik des Ulcus Pepticum:
Das Auftreten psychischer
und körperlicher Symptome
nach Gastrektomie**

INAUGURALDISSERTATION

zur Erlangung des Doktorgrades
in der gesamten Medizin
der hohen Medizinischen Fakultät
der Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von

HORST KOWALSKY

aus Gleiwitz

Marburg 1965

Aus der Universitäts-Nervenlinik Marburg/Lahn
(Direktor: Professor Dr. H. Jacob)

**Katamnestiche Untersuchungen
zur Psychosomatik des Ulcus Pepticum:
Das Auftreten psychischer
und körperlicher Symptome
nach Gastrektomie**

INAUGURALDISSERTATION

zur Erlangung des Doktorgrades
in der gesamten Medizin
der hohen Medizinischen Fakultät
der Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von

HORST KOWALSKY

aus Gleiwitz

Marburg 1965

Angenommen von der Medizinischen Fakultät der Universität
Marburg/Lahn am: 26.7.65
gedruckt mit Genehmigung der Fakultät

Dekan: Prof. Dr. med. H. Hensel
Referent: Priv. Doz. Dr. med. U. Spiegelberg
Korreferent: Prof. Dr. med. H. Stutte

I N H A L T S V E R Z E I C H N I S

	Seite
A. ALLGEMEINES	
I. Einleitende Bemerkungen	1
II. Fragestellung, klinischer Ansatz	2
III. Allgemeiner literarischer Ansatz	4
B. EIGENE UNTERSUCHUNGEN	
I. Material und Methode	7
II. Die Fälle	9
III. Ergebnis der Untersuchungen	36
C. LITERATURREFERAT	
I. Arbeiten zur Psychogenese, Soziogenese und Psychotherapie	40
II. Arbeiten über somatische pathogenetische Faktoren	46
III. Arbeiten über Beziehungen von Ulcus pepticum und Psychosen	49
IV. Spezielle Arbeiten über Katamnesen nach Gastrektomie wegen Ulcus pepticum	51
D. DISKUSSION, SCHLUSSFOLGERUNG, AUSBLICK	55
E. ZUSAMMENFASSUNG	59



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A. A L L G E M E I N E S

I. Einleitende Bemerkungen

Die Ätiologie und Pathogenese peptischer Magen- und Duodenalgeschwüre gelten trotz erheblicher Fortschritte der inneren Medizin und der Chirurgie immer noch als letztlich ungeklärt. Seit Anfang der dreißiger Jahre ist die Ulcuskrankheit Gegenstand psychoanalytisch-psychosomatischer Bemühungen. Im Rahmen der speziellen psychosomatischen Literatur ist das Ulcus pepticum die körperliche Krankheit, deren psychische Ursachen wohl für am besten gesichert gehalten werden. Älteres psychiatrisches Schrifttum, bis in den Anfang des 19. Jahrhunderts zurückreichend, wurde besonders von DUNBAR, REITER, SPIEGELBERG u.a. referiert. Danach ist an der Häufigkeit psychopathologischer Befunde bei Ulcuskranken kaum zu zweifeln. Über die psychogenen und soziogenen Einflüsse hinaus hat CUSHING an Hand eigener Beobachtungen angenommen, daß das Zusammentreffen organischer Hirnveränderungen (z.B. Tumoren) mit bestimmten psychischen Fehlhaltungen oder Fehlentwicklungen eine psycho-neurogene Verursachung der Geschwüre herbeigeführt.

Trotz eines sehr umfangreichen, kaum vollständig überblickbaren Schrifttums stehen endgültige Beweise, welche die psychosomatische Hypothese der Ulcuse Entstehung stützen könnten, zur Zeit noch aus. Berichte über psychotherapeutische Erfolge sind zwar eindrucksvoll und liegen in sehr großer Anzahl vor, vermögen aber nicht die ursächliche Beweiskette endgültig zu schließen.

Scharf divergierende Auffassungen finden sich noch in der Literatur der jüngsten Zeit. WIECK und Mitarbeiter kommen an Hand sorgfältiger psychiatrischer und experimentalpsychologischer Untersuchungen zu der Auffassung, daß das Ulcusleiden nicht seelisch verursacht bzw. bedingt sei.

JORES wendet sich in einer Stellungnahme scharf gegen die Beweiskraft dieser Ergebnisse und vor allem der angewendeten Methoden. GLATZEL hat erst ganz kürzlich wieder auf die psychisch-soziogenen und kulturellen Wurzeln der Ulcuskrankheit hingewiesen, die der Autor für die wesentliche Ursache hält. Das von SPIEGELBERG referierte neuere Schrifttum auf dem nervenärztlichen Sektor zeigt, daß neben psychoanalytischen bzw. neurosenpsychologischen und vor allem sozialpsychologischen Faktoren (siehe z.B. PFLANZ, Th. v. UEXKÜLL u.v.a.) auch neurophysiologische (McLEAN) und die früher von CUSHING angeschnittenen organ-neurologischen Fragen sowie schließlich Beziehungen zu endogenen Gemüts- und Geisteskrankheiten (LOPEZ-IBOR) bei der Entstehungsweise und Verursachung psychosomatischer Erkrankungen mit zu berücksichtigen sind.

II. Fragestellung

Die eigene Arbeit geht von der psychosomatischen Hypothese der Ulcusgenese aus. Danach ist die Magen- oder Duodenalläsion Folge, psycho-physisches Korrelat (SCHULTZ-HENCKE) oder somatischer Teil des psychophysischen Simultangeschehens (A. MITSCHERLICH), wobei in jedem Fall der ätiologische Schwerpunkt auf psycho-soziogenen Faktoren liegt. Allgemeiner kann die Hypothese auch folgendermaßen formuliert werden: Psychische Veränderungen, besonders chronische emotionelle Spannungen (ALEXANDER) oder Stimmungsalterationen geben via vegetatives Nervensystem, Gefäßsystem, Sekretionsvorgänge die mittelbare Ursache der Geschwürsentstehung ab. Die Gegenhypothese ist mit zu berücksichtigen und lautet: Der psychisch-soziale Faktor bzw. seine neuronalen und humoralen Träger oder somatischen Korrelate spielen keine Rolle bei der Ulcusgenese. Es handelt sich vielmehr um eine Lokalerkrankung oder eine Allgemeinerkrankung, bei der das Nervensystem und psychische Faktoren keine Rolle spielen. Im Zusammenhang

mit der positiven Formulierung der Hypothese ist die psychotherapeutische Frage mit zu berücksichtigen. Eine gelungene Psychotherapie ulcuskranker Personen beseitigt psychische und körperliche Korrelate der psychosomatischen Gesamtstörung.

Hier setzt nun unsere Frage an: Welchen Verlauf nimmt die Ulcus-Krankheit, wenn der periphere Manifestationsort artefiziell, chirurgisch entfernt wird und eine psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung nicht durchgeführt wird? - Unter psychodynamischen Vorstellungen können neue somatische, etwa gastroenterale Symptome oder auch psycho-neurotische Symptome im Bereich der oral-kaptativen Triebgruppe und dieser korrelierter somatischer Strukturen und Funktionen erwartet werden. Auch die Vorstellung einer nicht psychosomatischen Allgemeinerkrankung erlaubt ähnliche Erwartungen hinsichtlich neuer Symptommanifestationen. Andererseits würde die Auffassung des Ulcus pepticum als Lokalerkrankung das Fehlen neuer Symptome erwarten lassen. Analog der chirurgischen Mitteilungen über die Colektomie wegen Colitis ulcerosa (DEUCHER, STELZNER, HEGEMANN) ist mit der Entfernung des erkrankten Organes auch die Krankheit beseitigt bzw. Heilung erzielt.

Der Arbeit liegt die geringste Kritik der chirurgischen Ulcus-pepticum-Therapie völlig fern. Wie eben angedeutet, sind die Untersuchungen ausschließlich auf pathogenetische Fragen und zwar noch enger auf die Frage neurogener bzw. psychogen-soziogener Faktoren gerichtet. Der Gedanke - nämlich durch Katamnesen gastrektomierter Ulcus-pepticum-Patienten pathogenetische Aufschlüsse zu erlangen - ist nicht originell. SZAZ (zitiert und referiert bei ALEXANDER) hat schon über psychoanalytische Befunde und Symptomwandel nach Vagotomie in mehreren Arbeiten berichtet. BROWNING und HOUSEWORTH sowie NEYMARK und BADAL sind von dem gleichen Grundgedanken ausgegangen, wenngleich an Hand eines Beobachtungsgutes,

welches sich von dem unserer eigenen Beobachtungsserie sehr wesentlich unterscheidet. Eine der eigenen Studien nach Methode und Beobachtungsgut unmittelbar vergleichbare Mitteilung haben wir in der von uns durchgesehenen, allerdings im wesentlichen deutschsprachigen und angloamerikanischen Literatur nicht gefunden.

III. Allgemeiner literarischer Ansatz

Bevor unsere Untersuchungsergebnisse detailliert dargestellt werden, sei noch ein allgemeiner Überblick über wesentliche aktuelle Auffassungen und Hypothesen zur Ätiologie und Pathogenese der Ulcuskrankheit gegeben. Die genaue Referierung und Diskussion der für unsere Fragestellung speziellen Literatur folgt weiter unten (siehe Abschnitt C und D, Seite 40-59).

Im Rahmen des internistischen Schrifttums spielen Funktionsstörungen des ventrikulären vegetativen Nervensystems eine wesentliche Rolle, die Ulcuskrankheit wird gleichsam neuro-vasculär erklärt. So sieht STURM das primäre, zur Krankheit führende nervöse Ereignis in einer "sympathischen Erregung einer umschriebenen Magenwandstelle, die durch Angiospasmus eines kleinen Magenwandgefäßes ischiämisch und muskelparetisch wird." Das Ulcus entstehe nun durch "peptische Verdauung des ernährungsge störten, seines biologischen Schutzes gegen Salzsäure-Pepsin beraubten Magenwandbezirkes". STURM ist weiter der Ansicht, daß jede Art von Erregung des Gefäßnervensystems bei vorhandener Anlage, die als endogener Krankheitsfaktor zu verstehen sei, die Ursache zum ulcusbildenden Angiospasmus werden kann. So können Ulcera durch schwere psychische Erregungen und heftige Krisen im vegetativ-diencephalen Zentralorgan, wie epileptische Anfälle, Hirnoperationen, Hirntraumen und anderes hervorgerufen werden. Diese unmittelbar cerebral-neurogenen Ulcera

(CUSHING) sollen allerdings rasch wieder abheilen. Geschwüre auf allergischer Basis, als vasomotorische Angiospasmen durch Antigen-Antikörper-Reaktionen hervorgerufen (wobei Milchsäureeiweiß als Antigen fungieren kann) und solche durch vasomotorische Krisen ausgelöst, werden bei ausgedehnten Verbrennungen sehr häufig beobachtet.

HEILMEYER unterscheidet exogen (z.B. bei Arteriosklerose, Verbrennungen, Unterkühlung, Intoxikationen) und endogen bedingte peptische Ulcera, wobei die Geschwürserkrankungen, vor allem jugendlicher Menschen, nach seiner Meinung "eine Organmanifestation der vegetativen Regulationsstörung" sind. Als eines der eindrucksvollsten Beispiele für die Bedeutung psychischer Faktoren führt der Autor die Häufung der Ulcusperforationen während der deutschen Luftangriffe auf London im 2. Weltkrieg an. Nach HEILMEYER verlaufen vorwiegend exogen bedingte Ulcera kurzfristiger und heilen nach Beseitigung der ursächlich bedeutsamen Noxe ab, "während endogene Ulcera zu chronisch rezidivierendem Verlauf neigen. Besonders für diese Formen trifft die Bezeichnung "Ulcuskrankheit" zu."

Eine Vielzahl angloamerikanischer Autoren, deren Arbeiten überwiegend auf psychoanalytischen Theorien und Techniken beruhen, setzt eine Psychogenese des Ulcus-pepticum schon als erwiesen, als Selbstverständlichkeit voraus. In den dreißiger Jahren standen Untersuchungen und Behandlungen innerer Krankheiten, wie Bronchialasthma, essentielle Hypertonie, Ulcus pepticum, Colitis ulcerosa u.e.a. mit psychoanalytischen Methoden am Anfang der modernen psychosomatischen Medizin. F.ALEXANDER, F.DEUTSCH u.a. wendeten die psychoanalytische Technik auf die genannten körperlichen Krankheiten an und kamen zu therapeutischen Erfolgen und schließlich auch zu ätiologisch-pathogenetischen Theorien. In direkter Fortsetzung dieses Ansatzes ist in der ganzen Welt eine Fülle psychosomatischer, experimentalpsychologischer

und sozialpsychologischer Arbeit geleistet worden. SCHWIDDER hat 1954 in einer im wesentlichen auch heute noch gültigen Zusammenstellung die vorliegenden Forschungsergebnisse über die Bedeutung psychischer Faktoren bei Erkrankungen des Verdauungstraktes referiert und dabei fünf Haupttrichtungen herausgearbeitet:

- 1.) Konstitutionsforschung
- 2.) Physiologische und pathophysiologische Untersuchungen
- 3.) Erfahrungen der inneren Medizin
- 4.) Experimentelle Untersuchungen über den Einfluß und die Reichweite psychischer Faktoren auf den Magen-Darm-Trakt durch Hypnose
- 5.) Psychosomatische Untersuchungen, die sich - zuerst von der Psychoanalyse angeregt - in den letzten Jahrzehnten immer intensiver um die Herausarbeitung spezifischer psychischer Faktoren bemüht haben

Im Rahmen internistisch-psychoanalytischer Betrachtungsweisen, für welche die Arbeiten von SCHWIDDER als paradigmatisch gelten können, kommen Probleme endogener Psychosen, ebenso wie neurophysiologisch-organische bzw. neurologische und neuropathologische Ansätze (ERBSLÖH) naturgemäß etwas zu kurz. Diese Lücken, auf welche besonders von psychiatrischer Seite hingewiesen wurde (WEITBRECHT, SPIEGELBERG), sind vollständig geschlossen allein durch den umfassenden Beitrag von LOPEZ-IBOR über "Psychosomatische Forschung" in "Psychiatrie der Gegenwart". Der spanische Autor sieht sogar wesentliche Beziehungen zwischen psychosomatischen Erkrankungen und den endogen-biologischen, zyklischen Störungen. Gleiche Gedanken hat SPIEGELBERG 1955 geäußert.

Neurophysiologisch-ätiologische Befunde und Anschauungen sind von McLEAN vollständig in seinem Handbuchartikel abgehandelt worden. McLEAN hält wohl

mit recht das Ulcus pepticum als die z.Zt. am besten studierte psychosomatische Erkrankung. Vor allem sind hier vergleichende Forschungen experimentell und theoretisch am weitesten vorangetrieben worden, etwa im Gegensatz zur Colitis ulcerosa, die ja experimentell noch nicht erzeugt werden kann.

CUSHINGS Beobachtungen und Theorien, etwa gleichzeitig mit den ersten psychosomatischen Arbeiten psychoanalytischer Prägung publiziert, werden zwar bis in die gegenwärtige Literatur zitiert und diskutiert, stehen aber vergleichsweise doch völlig im Hintergrund. Eine einfache kasuistische Bestätigung ist ausgeblieben. Zuletzt haben sich TÖNNIS und BISCHOF kritisch mit dem Problem neurogener Störungen innerer Organe auseinandergesetzt und dabei besonders auf die Seltenheit zentrogener Magen-Darm-Ulcera im Rahmen des eigenen hirnchirurgischen Krankengutes hingewiesen. SPIEGELBERG (1962 und 1964) hat Einzelbeobachtungen über das Zusammenfallen von cerebralorganischer (einmal Epilepsie unklarer Genese, ein Tumor cerebri) und gastro-duodenaler Symptomatik beschrieben. Der Autor hält es durchaus für möglich, daß hinsichtlich mancher Organneurosen und gewisser organischer Erkrankungen des Magens und des Herzens echte pathogenetische Beziehungen zum manisch-depressiven Formenkreis bestehen und fügt hinzu, daß "die Frage der Entwicklung von endogenen Psychosen nach Gastrektomien oder anderen operativen Entfernungen erkrankter Organe in solchem Zusammenhang von besonderer Bedeutung" ist.

B. E I G E N E U N T E R S U C H U N G E N

I. Material und Methode

Es wurden 12 Patienten untersucht, davon 10 Männer und 2 Frauen. Es handelt sich um jeweils 6 Fälle von Ulcus ventriculi und 6 Fälle von Ulcus duodeni.

Sämtliche Patienten entstammen dem Operationsgut der Chirurgischen Universitäts-Klinik Marburg/Lahn^{*)}. Die Operationen wurden in den Jahren 1955 bis 1958 vorgenommen, so daß unsere jetzigen Untersuchungen nach einem postoperativen Intervall von durchschnittlich 5,4 Jahren stattfanden. Das Alter der Männer zur Zeit des chirurgischen Eingriffes reichte von 36-49 Jahren; es ergibt sich ein Durchschnittsalter von 43,8. Das Alter der Frauen betrug 34-45 Jahre. Es handelt sich um eine unausgewählte, fortlaufende Serie, d.h. es fand keinerlei Auswahl, insbesondere im Hinblick auf vorliegende psychische Auffälligkeiten statt. Als einziges Auslesemoment wurde das Lebensalter berücksichtigt. Fälle, die zur Zeit der Operation über 50 Jahre alt waren, wurden in die Serie nicht aufgenommen.

Keiner der Probanden war vor-dem psychiatrisch-neurologisch untersucht oder psychotherapeutisch behandelt worden.

Unsere jetzigen Untersuchungen bestanden in einer neuerlichen, gründlichen anamnestischen Exploration, einer neurologischen und körperlichen Untersuchung, einer psychopathologisch-psychiatrischen Befunderhebung und schließlich in neuroradiologischen (Rö-Übersichtsaufnahmen des Schädels in 2 Ebenen) sowie hirnelektrischen Befundaufnahmen. Die von dem Referenten untersuchten Patienten wurden, wie in der Psychiatrischen-und Nervenklinik üblich, hinsichtlich der neurologisch-psychiatrischen Befunde und der psychosomatischen Gesamtbeurteilung einem Oberarzt vorgestellt.

^{*)} Dem Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik Marburg/Lahn, Herrn Prof. Dr. Schwaiger, sei an dieser Stelle für die freundliche Unterstützung bei unseren Untersuchungen und die Überlassung der chirurgischen Krankengeschichten gedankt.

II. Die Fälle

1. Fall:

E.A., 44 J., verh., kaufm. Angestellter, Protokoll-Nr. 2369/57

Diagnose: Ulcus duodeni, ängstlich-depressiver Verstimmungszustand.

A n a m n e s e:

Zur Familienanamnese: Vater an Altersschwäche gestorben, Mutter lebt, soll gesund sein. Zwei ältere Geschwister gleichfalls gesund. Kein Hinweis auf organische Nervenleiden, Psychosen oder Neurosen, keine Geschwürsleiden. -

Eigene Vorkrankheiten: Als Kind Scharlach und Masern. 1929 Tonsillektomie, 1940 Splitterverletzung an der linken Wange, am Hinterkopf und dem rechten Schienbein. Im Rahmen derselben Verwundung Impressionsverletzung des Schädeldaches. Anschließend an diese Verletzung ein halbes Jahr Lazarettaufenthalt im Marinehospital Wilhelmshaven, damals soll ein Splitter entfernt worden sein. In der folgenden Zeit angeblich "Skorbut", d.h. Zahnfleischblutungen, Manifestation einer Parodontose. Im Anschluß an die eben erwähnte Verwundung soll es auch noch zu Gelenkrheumatismus gekommen sein, der mit entsprechender Behandlung zum Verschwinden gebracht wurde. -

Zum Lebenslauf: Nach Absolvieren der Volksschule Mittelschulbesuch, Textilwerker, 5 Semester Textilfachschule. Die Ausbildung wurde 1939 mit der Einziehung zur Marine abgebrochen. Wehrdienst: 1940 Beförderung zum Unteroffizier, später zum Feldwebel. Nach dem Kriege 1/4 Jahr russische Gefangenschaft, anschließend noch englische Gefangenschaft, 1947 Entlassung. Nach dem Kriege Angestellter, jetzt zuletzt Buchhalter bei einer Elektrizitätsgesellschaft. -

Primärcharakterlich: Es handelt sich nach der Eigenschilderung um einen sehr aktiven, vital-kräftigen,

kontaktreichen Menschen mit vielleicht etwas überkorrektem, andeutungsweise pedantischem Wesen. Die psychische Grundstimmung soll in gesunden Zeiten ausgeglichen bis fröhlich gewesen sein. Spontane Stimmungsschwankungen oder die Neigung zu reaktiven Gemütsschwankungen sind dem Pat. aus gesunden Zeiten, insbesondere aus der Kindheit und Jugend nicht bekannt. -

Zur Ulcuskrankheit: 1947/48 erstmals krampfartige Beschwerden in der Magengegend, Nüchternschmerz. Aufstoßen, Erbrechen, Obstipation und schließlich Teerstühle. 1957 2/3-Resektion. Postoperativ in chirurgisch-internistischer Hinsicht völlig beschwerdefrei, "niemals mehr mit dem Magen zu tun gehabt". Dieses ist umso bemerkenswerter, als der Pat. zugeibt, die ihm vorgeschriebene Magendiät nicht einzuhalten.

Psychiatrisch-neurologisch:

Der Pat. schildert spontan, daß sich sein psychisches Verhalten und Erleben in der Zeit seit der Operation verändert habe. Besonders in den letzten Jahren sei er zunehmend "nervös" geworden. Der Pat. schildert vermehrte **affektive** Erregbarkeit, dann aber auch innere Unruhe, das Gefühl der Getriebenheit. Selbst bei Spaziergängen müsse er sich zur Ruhe zwingen, seine Stimmung sei äußerst schwankend, labil geworden. Überschwängliche Heiterkeiten kämen bei ihm vor und wechselten mit stärksten "grundlosen Niedergeschlagenheiten" ab. In der letzten Zeit, d.h. in den letzten Monaten und Jahren sehr oft heftige Kopfschmerzen, Angstzustände mit Schweißausbrüchen und Herzsensationen. Derartige akute Zustände träten insbesondere nach aufregenden Alltagserlebnissen in der Berufssphäre auf. An weiteren Beschwerden gibt der Pat. noch an: Er fühle sich immer schlapp und müde, ohne daß er jedoch besonders beruflich belastet bzw. überlastet sei. - 1960 und zuletzt am 22.12.1962 "Nervenzusammenbrüche": Es sei zu den oben schon angedeuteten Angstgefühlen gekommen, der Zustand habe sich aber ver-

stärkt und weiter ausgedehnt. Er habe Luftnot gehabt, Stiche in der Herzgegend und schließlich ein krampfartiges Gefühl im ganzen Körper. Der Pat. sei damals sehr schwer krank gewesen, er könne sich gar nicht mehr an alles erinnern, der Arzt wurde gerufen, er war auch vielleicht nicht ganz klar bei Bewußtsein. Andererseits ist aber ein völliger Bewußtseinsverlust auch nicht angegeben worden. Im Anschluß an diese akuten schwereren Befindenstörungen wochenlanger Zustand von trauriger Stimmung, Arbeitsunfähigkeit, Schwäche und ängstlicher Beunruhigung. Weiterhin noch anfallsartige Zustände mit Flimmern vor den Augen, Kopfschmerzen, Schweißausbrüchen und vorübergehenden Sehverschlechterungen. Die zuletzt erwähnten Beschwerden erinnern an migränoide Anfälle, ohne daß jedoch von typischen Migräneanfällen die Rede sein kann. Schließlich klagte der Prob. noch über seit Jahren bestehende, - genauer Symptombeginn ließ sich nicht eruieren, liegt aber in den Jahren nach der Magenresektion - Ein- und Durchschlafstörungen und übermäßigen Nachlaß von Libido und Potenz. - Der Pat. wurde sehr eingehend im Hinblick auf das angegebene Schädel-Hirntrauma 1940 exploriert. Es bestand eine längere Bewußtlosigkeit, genaue Angaben sind nicht erhältlich. Lähmungen bestanden unmittelbar danach nicht. Der Pat. gibt aber an, seit der Kopfverletzung unter häufig auftretenden Kopfschmerzzuständen zu leiden. Es ist bemerkenswert, daß der Pat. keine Versorgungsrente erhält und eine solche auch nie beantragt hat. Er hat lediglich vergeblich versucht, sich berufliche Vorteile als Kriegsgeschädigter zu verschaffen. Dies mißlang aber, da eben der Nachweis eines Kriegsleidens nicht erbracht worden ist. Wir haben dem Pat. dringend nahegelegt, nachträglich noch Ansprüche an das Versorgungsamt zu stellen. Der Pat. ist aber an einer solchen wenig interessiert, er deutete schon an, daß er wahrscheinlich keinen Antrag stellen würde.

B e f u n d e:

Organneurologisch fanden sich keine Abweichungen. Röntgenübersichtsaufnahmen des Schädels in 2 Ebenen: Nachweis einer seichten Impression der Tabula externa im Scheitelpbereich links, streng paramedian. Elektroencephalogramm: kein pathologischer Befund. Eindruck: Im psychopathologischen Querschnitt finden sich insgesamt keine sicher pathologischen Befunde, der Pat. wirkt besonnen, bewußtseinsklar und voll orientiert. Antrieb und psychische Grundstimmung sind nicht pathologisch alteriert. Gelegentlich findet sich eine weiche subdepressive Note, die im weiteren Gange des explorativen Gespräches aber jeweils rasch verschwindet, so daß von einem aktuellen Verstimmungsbilde nicht gesprochen werden kann. Es finden sich auch keine cerebralorganischen psychischen Veränderungen etwa im Sinne der Wesensänderung oder der Demenz. Umso deutlicher sind aber anamnestisch Verstimmungssymptome vom endogen-biologischen Typ faßbar, wie oben bei der Wiedergabe der Anamnese mitgeteilt wurde. Diese Verstimmungsmomente haben sich nach den Angaben des Pat. zeitlich nach der Gastrektomie manifestiert, sie zeigen einen periodischen bzw. phasischen Verlauf. Die Frage, ob es zu einer bleibenden vitalen Niveausenkung bzw. zu einer chronifizierten subdepressiven Dauerverfassung gekommen ist, muß noch offen gelassen werden. Objektive Anamneseerhebungen stehen aus.

Abschließend ist noch der Verdacht auf echte hypomanische Stimmungsschwankungen zu äußern.

I n s g e s a m t:

Der 44-jährige Pat. ist wegen eines 1947 erstmals manifest gewordenen Ulcus duodeni 1957 nach Billroth II operiert worden. Auf Grund der Anamnese hat sich in der Zeit zwischen Magenoperation und jetziger katamnestischer Nachuntersuchung eine Per-

sönlichkeitsveränderung eingestellt in Richtung einer Asthenisierung, emotioneller Labilität mit gehobenen und depressiven Verstimmungszuständen und ängstlich-vegetativen, anfallsartigen Alterationen.- 1941 Schädelimpression. Als Folge der Schädel-Hirntraumatisierung (Commotio cerebri bzw. Contusio, vollständige diagnostische Abklärung ebenso wie Anerkennung als Versorgungsleiden vom Pat. nicht gewünscht) wird lediglich eine Cephalgie geschildert. Von dieser heben sich besonders in den Jahren von 1960 die oben ausführlicher beschriebenen, vielfältigen körperlichen und psychischen Symptome heraus: Migränoide Cephalgien, kardiale, anfallsartige Mißempfindungen, Schweißausbrüche; es ist zu akuten psychischen Dekompensationen ("Nervenzusammenbrüchen") gekommen, an welche sich gestreckte, subdepressive Verstimmungszustände vom Typ endogen-biologischer Verstimmung anschließen. Es sei noch einmal auf die geschilderten hypomanischen Schwankungen hingewiesen. Differentialdiagnostisch ist eine endogen-biologische Vitalschwankung das Wahrscheinlichste. Das klinische Bild erinnert besonders an die Vegetativdepression von LEMKE und auch DICHGANS. Beim Fehlen aktueller Belastungen oder Konflikte fällt es schwer, ein reaktives Geschehen anzunehmen, obgleich eine neurotische Entwicklung auch nicht mit letzter Sicherheit auszuschließen ist. Die anfallsartigen Geschehnisse lassen differentialdiagnostisch an Temporallappenanfälle, insbesondere Insel-Anfälle denken. Das EEG ist bei einmaliger Ableitung in Ruhe und unter Hyperventilation unauffällig. Weitere diagnostische Abklärung ist dem Pat. empfohlen worden. - Für die jetzige Fragestellung wesentlich ist der Hinweis auf eine ängstlich-subdepressive Verstimmungs- und Vegetativsymptomatik, die sich in den Jahren nach einer Gastrektomie entwickelt hat. Der Krankheitsfall muß somit eindeutig als positiv im Sinne der Fragestellung gewertet werden.

2. Fall:

J.B., 48 J., verh., Kraftfahrer, Protokoll-Nr. 741/57

Diagnose: Ulcus duodeni, periodische Verstimmungs- und Versagenszustände.

A n a m n e s e:

Zur Familienanamnese: Vater war Anstreichermeister, ist im Kriege gefallen. Die Mutter lebt noch und sei gesund. Nach dem Tode des Mannes hat die Mutter zum zweiten Male geheiratet, die Beziehung zum Stiefvater soll sehr gut gewesen bzw. noch bis heute ungestört sein. Vier Geschwister seien gesund.

Eigene Vorkrankheiten: Mit 9 Monaten Nabel- und Leistenhernie, 1935 rezidivierend Mandelentzündungen. 1945 Splitterverletzung am linken Kniegelenk, drei Wochen Lazarettaufenthalt. Es sei ein Gipsverband angelegt worden, mit welchem der Pat. noch in Gefangenschaft ging. 1948-1949 Unterkieferentzündung, "Hungertyphus", wahrscheinlich Hungerdystrophie sowie Haemorrhoidalbeschwerden. 1952 operative Entfernung von 3 Splintern aus dem linken Kniegelenk, 1960 Leistenbruchoperation rechts.

Zum Lebenslauf: Glatte Volksschulbesuch, Schlosserlehre mit Gesellenprüfung. 1932 ein halbes Jahr freiwilliger Arbeitsdienst, anschließend Pflichtarbeitsdienstzeit. Anschließend aktiver Hitlerjugenddienst als Kraftfahrer, 1939 zur Wehrmacht eingezogen. 1949 aus russischer Kriegsgefangenschaft entlassen, anschließend einige Jahre in dem Gärtnereibetrieb der Schwiegereltern, danach bis zuletzt als Kraftfahrer gearbeitet.

Primärcharakter: Der Pat. schildert sich selbst als ruhig, ernst, vielleicht etwas antriebs schwach und asthenisch. Es eigne ihm von jeher eine gewisse Humorigkeit, aber auch die Neigung zu affektiven Entgleisungen im Sinne einer depressiven Verstimmbarkeit und vermehrten affektiven Anrührbarkeit.

Zur Ulcuskrankheit: 1954 erstmals Magenbeschwerden, trotz Rollkuren und sonstiger medikamentöser Behand-

lung keine entscheidende Besserung. Später Erbrechen und Nachweis von Blut im Stuhl. 11-wöchige internistische Kur in der Medizinischen Klinik Marburg (damals Prof. Dr. Bock). 1956 Operation nach Billroth II, gut überstanden, seitdem trotz Unterlassen jeglicher Diät keinerlei Magenbeschwerden mehr bis heute.

Psychiatrisch:

Im Längsschnitt zeigen sich außer der etwas abnormen, oben geschilderten Primärpersönlichkeit ungewöhnlich starke psychische Belastungen in der Kriegsgefangenschaft. Nach Entlassung aus derselben monatelang Schwindelanfälle und gastro-intestinale Beschwerden. Für die Monate nach der Kriegsgefangenschaft wird darüber hinaus ein Verstimmungsbild geschildert. Der Pat. gibt an, daß er damals oft dem Weinen nahe war, daß er nichts mit der Freiheit anfangen konnte, daß er sich überhaupt nicht über die Entlassung freute. Er sei auch leicht erregbar gewesen, bei Aufregung machten sich Leibscherzen bemerkbar. In den Jahren bis zur Ulcusmanifestation sei das psychische Befinden unauffällig, d.h. der Primärpersönlichkeit entsprechend gewesen. Im Zusammenhang mit der Ulcuskrankheit bzw. der ersten Manifestation derselben konnten nur übliche psychische Begleitsymptome, d.h. eine gewisse reaktive Verstimmtheit und eine allgemeine Alteration durch Nachtschmerz, Nüchternschmerz usw. eruiert werden. Der Pat. gibt an, "schon bald nach der Operation schwindelartige Unsicherheitsgefühle und Herzstiche" bemerkt zu haben. Seit dieser Zeit sei er auch manchmal grundlos niedergeschlagen gewesen, er hatte "das arme Dier". Diese Befindensänderungen hätten allerdings nicht lange, sondern höchstens einen halben Tag gedauert. Sie imponieren indessen nach der Schilderung als kurzfristige, subdepressive Vital schwankungen. Ein Zusammenhang mit bestimmten Erlebnissen wird von dem Pat. negiert. Jetzt habe er, so berichtete der Pat. weiter, seit etwa 1/4 Jahr

häufig wiederkehrende und mehrere Stunden anhaltende Kopfschmerzen. Dieselben treten in Intervallen von einigen Wochen auf. Seit 1960 hätten sich Herzbeschwerden verstärkt, sie seien auch mit dem Gefühl der Luftnot kombiniert. Schließlich berichtete der Pat. noch, daß sich bei ihm seit der Entlassung aus der Kriegsgefangenschaft sexuelle Impotenzerscheinungen bemerkbar gemacht hätten. Das Symptom habe sich in den letzten Jahren besonders verstärkt, so daß Kohabitationen überhaupt nicht mehr stattfinden können. Hierbei ist das Lebensalter von 48 Jahren zu berücksichtigen. -

B e f u n d e:

Organneurologisch fanden sich ebenso wie neuroradiologisch (Rö-Übersichtsaufnahme des Schädels in 2 Ebenen) und elektroencephalographisch völlig regelrechte Verhältnisse. - Eindruck: Der Pat. wirkte objektiv leicht bedrückt, antriebsmäßig gehemmt, weich, vermehrt anrührbar. Es ließ sich eine weitgehende Aufhellung und Auflockerung erzielen. Das Gesamtbild entsprach demjenigen eines flachen, subdepressiven Verstimmungszustandes. Wahnerlebnisse und Halluzinationen fanden sich ebensowenig wie cerebralorganische psychische Veränderungen.

I n s g e s a m t:

Der jetzt 48-jährige Pat. ist 1956 wegen eines 1954 manifest gewordenen Ulcus duodeni gastrektomiert worden. Der Pat. hat in der Kriegsgefangenschaft eine schwere Mangelernährungssituation (Dystrophie) durchgemacht. In den Monaten nach der Entlassung manifestierte sich eine depressive Verstimmungssymptomatik, die aber nach spätestens einem Jahr vollständig verschwand. In die Zeit nach der Gastrektomie fallen eine Reihe psychischer und körperlicher Symptome wie schwindelartige Unsicherheitsgefühle, Herzstiche und grundlose Niedergeschlagenheit. Die Befindensänderungen und körperlichen Beschwerden dauern einige Stunden, höchstens einen halben Tag.

Seit einem Vierteljahr werden über weiterhin noch stundenlang anhaltende Cephalgien, die oben noch näher beschrieben wurden, geklagt. Seit 1960 Herzbeschwerden mit Luftnot. Schließlich seit 1949, der Entlassung aus der Kriegsgefangenschaft, zunehmende Störungen der Potentia coeundi mit jetzt seit einigen Jahren angegebener kompletter Impotenz.

Deutlicher als bei dem zuerst geschilderten Fall Nr. 1 findet sich hier auch querschnittsmäßig ein subdepressives Verstimmungsbild, das diagnostisch ebenfalls am ehesten als flache, endogen-biologische Vitalschwankung einzuordnen ist. - Im Hinblick auf die hier in Rede stehende Fragestellung ist festzuhalten, daß der Pat. schon einmal, unabhängig von dem Ulcusleiden, 1949 im Anschluß an eine Dystrophie einen periodischen, etwa ein Jahr lang anhaltenden flachen Depressionszustand durchgemacht hat und daß sich jetzt nach der Gastrektomie eine depressiv-vegetative Symptomatik neuerlich manifestiert hat. Die Pathogenese ist offen zu lassen. Hinweise auf aktuelle Konflikte oder Belastungen fanden sich nicht, so daß eine neurotische bzw. abnorme Persönlichkeitsentwicklung nicht ohne weiteres diagnostiziert werden darf. Andererseits ist die schon als stimmungslabil geschilderte thymopathische Primärpersönlichkeit im Sinne eines disponierenden Faktors in Erwägung zu ziehen.

3. Fall:

R.G., 39 J., ledig, Fernmeldeassistentin, Protokoll-Nr. 1407/58

Diagnose: Ulcus duodeni, depressive Verstimmungs- und Versagenszustände

A n a m n e s e:

Zur Familien-Anamnese: Vater 1944 an Altersschwäche gestorben, Postbeamter. Mutter lebt und sei gesund. 4 Geschwister leben und sollen gesund sein mit Ausnahme eines Bruders, der ebenfalls an Magen- oder

Zwölffingerdarmgeschwüren leiden soll. Kein Hinweis auf hereditäre Belastung in psychiatrisch-neurologischer Beziehung.

Eigene Vorkrankheiten: Als Kind Masern und Mumps. Menarche mit 12 Jahren. 1950 Angina, 1951 Nierenstein, spontan abgegangen. 1958 Anaemie, 1959 Stumpfgastritis diagnostiziert, 1961 Diagnose einer Hepatitis.

Zum Lebenslauf: Bis zum heutigen Tage im Elternhaus, der Verlobte sei im Krieg gefallen. Nach der Flucht hat die Pat., mehr, um irgendetwas zu tun und um Geld zu verdienen, den jetzigen Beruf ergriffen.

Zum Primärcharakter: Nach der Eigenschilderung handelt es sich um einen sensiblen, hochdifferenzier-ten, stimmungsmäßig ausgeglichenen sowie gut belastbaren Menschen.

Zur Ulcuskrankheit: Bereits als Kind oftmals "Leibschmerzen," die sich einige Jahre vor der Ulcusmanifestation ins Unerträgliche gesteigert haben sollen. Nach erfolgloser konservativer Behandlung 1958 Gastrektomie nach Billroth II. 8 Tage später mußte neuerlich laparotomiert werden wegen einer Narbenstenose.

Psychiatrisch:

Nach der Eigenschilderung streng synchron mit der Manifestation des Ulcusleidens manifestierten sich depressive Verstimmungs- und Versagenszustände. Die Pat. schildert ausführlich und ohne weiteres überzeugend, daß sie in den entsprechenden Jahren vor der Operation mit "Gott und der Welt" zerfallen war. Sie habe nur noch mit einer Freundin auskommen können, sonst habe sie sich mit allen Menschen gestritten und schließlich von allen zurückgezogen. Sie habe viel grundlos weinen können, war immer müde und hatte unter heftigen chronischen Cephalgien zu leiden.

Die geschilderten, relativ schweren psychischen Befindensstörungen besserten sich quantitativ ganz erheblich mit der Gastrektomie. Besonders sistierten die Kopfschmerzen, der Gemütszustand besserte

sich. Allerdings soll es in der Zeit nach der Operation zu "bis dahin nicht bekannten Angstzuständen" gekommen sein. Diese anfallsartigen Befindensstörungen werden wie folgt geschildert: Es soll relativ plötzlich zu Herzklopfen, Pulsbeschleunigung, ja Herzjagen mit Schweißausbrüchen, Luftnot und blassem Aussehen gekommen sein. Die Dauer solcher deutlich ängstlich geprägter Vegetativattacken wird auf 10 Minuten angegeben. Die Pat. gab weiterhin noch an, daß sie sich nach der Operation allgemein etwas elend gefühlt habe und daß sie noch für die Dauer eines Jahres nicht arbeiten konnte. - Das Gesamtbefinden soll sich anschließend dann in der Zeit 1959-1960 kontinuierlich gebessert haben, ohne allerdings völliger Beschwerdefreiheit Platz zu machen. Vegetative Beschwerden träten in abgemilderter Form immer noch auf, die Pat. fühle sich noch im ganzen immer etwas schlapp und müde, nachts müsse sie aufstehen, um etwas zu essen. Es bestehen Ein- und Durchschlafstörungen. Gelegentlich auch leichtere Leibbeschwerden.

B e f u n d e:

Organneurologisch, neuroradiologisch (Rö-Übersichtsaufnahmen des Schädels in 2 Ebenen) und elektroencephalographisch keine krankhaften Abweichungen. Eindruck: Die Pat. wirkt im psychopathologischen Querschnitt nicht sicher krankhaft alteriert. Andererseits muß aus den glaubhaft vorgetragenen Längsschnittschilderungen auf immer wieder in Erscheinung tretende flache Versagens- und Verstimmungszustände depressiv ängstlicher Färbung geschlossen werden.

I n s g e s a m t:

Die 39-jährige Pat. wurde 1958 nach Billroth II magenreseziert. Die Magen-Anamnese reicht bis in die Kindheit zurück. Synchron mit dem Ulcusleiden kam es zu depressiven Verstimmungszuständen. - Unmittelbar anschließend an die Operation kam es zu

einer kontinuierlichen Besserung der depressiven Verstimmungs- und Versagenssymptome. Diese Besserung hat ein flaches asthenisch-subdepressives Niveau erreicht, das bis heute konstant geblieben ist und bislang noch nicht Gegenstand psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung war. Insbesondere besserten sich nach der Operation die erheblichen Cephalgien. Das Stimmungsniveau hob sich, es kam allerdings zu psychischen Symptomen, die bis dahin der Pat. noch nicht bekannt waren. Es stellte sich Angstgefühl mit attackenartigem, plötzlichem Auftreten, verbunden mit Atembeklemmung, Herzklopfen und Schweißausbrüchen ein. - Obgleich das für die Zeit vor der Magenoperation geschilderte Stimmungsbild an eine endogene Depression denken läßt, ist im Hinblick auf den Lebenslauf mit erheblichen situativen Belastungen sowie ebenfalls anzunehmenden Konflikten insgesamt doch viel mehr an eine abnorme Persönlichkeitsentwicklung zu denken, die allerdings auf das Engste mit der körperlichen Krankheit symptomatologisch verflochten ist. Im Sinne der eigenen Fragestellung ist die Besserung eines depressiv-vegetativen Syndroms nach der Gastrektomie und das Neuauftreten ängstlich vegetativer Anfälle zu registrieren.

4. Fall:

E.K., 56 J., verh., Landwirt, Protokoll-Nr. 2065/56

Diagnose: Ulcus duodeni; multiple Vegetativbeschwerden, subdepressiver Verstimmungszustand

A n a m n e s e:

Zur Familienanamnese: Vater mit 83 Jahren an Altersschwäche, Mutter an Komplikationen einer grippalen Infektion verstorben. 6 Geschwister leben und sind gesund. In der Familie seien weder psychiatrisch-neurologische, noch Magenerkrankungen bekannt. Eigene Vorkrankheiten: Kinderkrankheiten werden nicht erinnert. 1942 Blinddarmentzündung angenommen, bei der Laparotomie habe sich bei Erweiterung des Schnit-

tes ein perforiertes Magengeschwür gefunden, das vernäht wurde.

Zum Lebenslauf: Nach der Volksschulentlassung im elterlichen landwirtschaftlichen Betrieb gearbeitet, später Übernahme des Hofes. 1940 zum Wehrdienst eingezogen, 1945 aus siebenwöchiger amerikanischer Gefangenschaft entlassen.

Zum Primärcharakter: Nach der Eigenschilderung ruhiger, antriebsmatter Mensch mit einer ausgesprochenen explosiblen, jähzornigen Komponente.

Zur Ulcuskrankheit: 1942 (s.o.) erste Perforation, zuvor keine Abdominalbeschwerden. Nach der Operation sei eine wesentliche Besserung nicht eingetreten, deswegen häufiger Lazarettaufenthalt. Bis zur Operation 1956 in der Intensität wechselnde Oberbauchbeschwerden. Nach der Operation immer noch gelegentlich "Leibschmerzen", trotz strenger Einhaltung der vorgeschriebenen Diät. Gelegentlich traten auch Übelkeit, Erbrechen und sonstige als "Dumping-Syndrom" gewertete Sturzentleerungen des Magens auf.

Psychiatrisch:

Seit der Operation besonders heftige frontale Cephalgien, Klagen über Durchschlaf- bzw. Wiedereinschlafstörungen, angeblich unabhängig von Magenbeschwerden. Der Pat. schildert weiterhin die "Neigung zu beklemmenden Sensationen in der Herzgegend, Atemnot in Ruhe und ein subjektives Gefühl der Schwäche". Er habe das Gefühl, als ob es ständig mit seinem Gesundheitszustand bergab ginge. Phasen oder Perioden dieser Symptomatik lassen sich nicht mit Sicherheit abgrenzen, der Pat. datiert die geschilderten Symptome bis in die Zeit nach der Magenoperation zurück. In diesem Zusammenhang ist aber zu berücksichtigen, daß das Magenleiden als Versorgungsleiden anerkannt ist und daß der Pat. eine 50%ige Kriegsschadensrente bezieht.

B e f u n d e:

Organneurologisch fanden sich keine krankhaften Abweichungen. Rö-Übersichtsaufnahmen des Schädels ohne

krankhaften Befund.

Eindruck: In psychischer Hinsicht wirkte der Pat. in einer zeitlich ausgedehnten explorativen Situation durchgehend gedämpft, psychomotorisch verlangsamt, ernst; gelegentlich entstand der unmittelbare Eindruck eines subdepressiven Verstimmungsbildes.

I n s g e s a m t:

Der zur Zeit der Operation 49-jährige und zur Zeit der jetzigen katamnestischen Nachuntersuchung 56-jährige Pat. manifestierte erstmals 1942 die Symptome eines perforierten Ulcus duodeni. 1956 Gastrektomie nach Billroth II. - Der Pat. gibt für die Zeit nach der Operation eine Vielzahl körperlicher und psychischer Beschwerden an: Frontale Cephalgien, Einschlaf- und Durchschlafstörungen, beklemmende kardiale Sensationen mit Ruhedyspnoe. Auf psychischem Gebiet zunehmende Adynamie, das Gefühl des Bergabgehens mit psychischer und körperlicher Schwäche. Die Angaben sind insofern mit Vorbehalt zu registrieren, als es sich um einen Kriegsrentner handelt, der wenig geneigt erscheint, seine 50%ige Rente reduzieren zu lassen. Objektiv psychopathologisch ergab sich der Eindruck eines subdepressiven Verstimmungsbildes. Eine abnorme Primärpersönlichkeit ist zu registrieren, es handelt sich um einen antriebslahmen und explosiblen Menschen, der möglicherweise auch als chronisch-subdepressiv bzw. als depressiver Charakter im Sinne von KURT SCHNEIDERS Einteilung betrachtet werden muß.

Im Hinblick auf die eigene Fragestellung ist die Schilderung eines adynamischen vegetativen Syndromes für die Zeit nach der Gastrektomie festzuhalten.

5. Fall:

F.Sch., 46 J., verh., Bundesbahnangestellter, Protokoll-Nr. 416/58

Diagnose: Ulcus ventriculi, asthmatoide Bronchitis

A n a m n e s e:

Zur Familienanamnese: Mutter 1949 gestorben, Vater lebt, von Beruf Schmied. Zwei Geschwister leben und sind gesund. Kein Hinweis auf psychiatrisch-neurologische oder gastro-enterologische hereditäre Belastung.

Eigene Vorkrankheiten: Kinderkrankheiten nicht bekannt, 1933 Tonsillektomie, 1937 Kopfverletzung durch Sturz von einem Gerüst, keine Bewußtlosigkeit, kein Erbrechen, kein Hinweis auf Commotio oder Contusio cerebri. Ebenfalls 1937 Operation einer rechtsseitigen Leistenhernie. 1942 Blinddarmentzündung, Appendektomie. 1944 Beckensteckschuß, der jetzt abgekapselt im Lungengewebe mit Herzberührung-liegen soll. 1948 linksseitige Leistenbruch-Operation, 1960 Operation zur Beseitigung eines Narbenbruches.

Zum Lebenslauf: Nach der Volksschule Bauschlosserlehre, mit Gesellenprüfung abgeschlossen. Bis 1936 im erlernten Beruf, anschließend in eine Fabrik als Kesselschmied. 1939-1940 Arbeitsdienst, 1940-1945 Wehrdienst. 1945 Entlassung aus englischer Gefangenschaft, anschließend bis heute im erlernten Beruf gearbeitet.

Zum Primärcharakter: Nach der Selbstschilderung heiterer, geselliger und ausgeglichener Mensch. Als Kind vielleicht etwas still und ernst, in jungen Jahren, d.h. in Kindheit und Jugend auch Neigung zu jähzornigen Gemütsaufwallungen.

Zur Ulcuskrankheit: 1952 Beginn der Magenbeschwerden, anfangs Gastritis angenommen, Durchfälle und Erbrechen. 1952-58 durchgehend wegen der abdominalen Beschwerden in ärztlicher Behandlung. 2 x stationäre Ulcuskuren. Wegen erheblicher Intensivierung der subjektiven Beschwerden 1958 2/3-Resektion nach Billroth II, seitdem ist der Pat. frei von jeglichen Oberbauchbeschwerden, obwohl er nach seiner Angabe die vorgeschriebene Diät nicht einhält.

Psychiatrisch: Insgesamt lassen sich bei dem Pat. keine wesentlichen Aspekte von seiten des neurologischen und psychiatrischen Gebietes gewinnen.

Symptomatologisch ist allenfalls eine gewisse Potenzminderung zu erwähnen, die zeitlich in Zusammenhang mit der Magenerkrankung gebracht wird. Angeblich seien (bei dem jetzt zur Zeit der Nachuntersuchung 47-jährigen Pat.) seit 1962 kaum noch Kohabitationen möglich. -

1959/60, etwa 1-2 Jahre nach der Magenoperation, manifestierte sich bei dem Pat. ein bronchospastisches Syndrom, hinsichtlich dessen offengelassen werden muß, ob es sich um ein Asthma bronchiale oder eine asthmatoide Bronchitis handelt. Der Pat. ist diesbezüglich in hausärztlicher Behandlung, stationäre Behandlung hat noch nicht stattgefunden, die Beschwerden akzentuieren sich im Frühjahr und Herbst, sie stören das Einschlafen und werden durch Alkoholgenuß etwas erleichtert. Der Hausarzt hat ihm gesagt, daß es sich um ein regelrechtes Bronchialasthma handelt. Im Rahmen asthmatischer Anfälle, die charakteristisch geschildert werden und insbesondere mit expiratorischer Dyspnoe einhergehen sollen, kommt es auch zu Herzbeschwerden, d.h. unangenehmen Sensationen der Herzgegend und Schweißausbrüchen.

B e f u n d e:

Organneurologisch keine krankhaften Abweichungen. Eindruck: Psychopathologisch im Rahmen einer zeitlich ausgedehnten Exploration praktisch unauffällig, insbesondere keine Hinweise auf endogen-psychotische oder cerebralorganische psychische Veränderungen.

I n s g e s a m t:

Der zur Zeit der jetzigen Nachuntersuchung 47-jährige Pat. leidet seit 1952 an Ulcus pepticum und wurde 1958 wegen eines Ulcus ventriculi nach Billroth II operiert. Es finden sich in diesem Fall weder psychiatrisch noch neurologisch größere Auffälligkeiten. Erwähnenswert ist allenfalls eine zunehmende Abschwächung der Potentia coeundi. Dieses

Symptom soll sich schon mit Einsetzen der Magenbeschwerden manifestiert haben. Es hat keine nennenswerten sozial-psychischen Konsequenzen, der Pat. hat drei Kinder, das letzte 1955 geboren. - Es hat sich indessen in der Zeit nach der Magenresektion eine neue somatische Symptomatik manifestiert, und zwar eine chronische asthmatoide Bronchitis, im Rahmen welcher es nach der Schilderung zu echten bronchialasthmatischen Anfällen kommt.

6. Fall:

R.L., 46., verh., Kellner, z.Zt. ungelernter Arbeiter, Protokoll-Nr. 4328/54

Diagnose: Ulcus ventriculi; phobisch-depressiver Verstimmungszustand

A n a m n e s e:

Zur Familienanamnese: Vater mit 43 Jahren nach der Operation eines Magengeschwürs gestorben, Mutter lebt und sei gesund. Der Vater ist von Beruf Bergmann gewesen, eine ältere Schwester ist seit Kriegsende vermißt.

Eigene Vorkrankheiten: Als Kind Windpocken und Masern, 1942 Ruhr.

Zum Lebenslauf: 5 Jahre Besuch einer Volksschule, anschließend vier Jahre Bürgerschule im Sudetenland. Drei Jahre Kellnerlehre mit regulärem Abschluß, anschließend ein Jahr im erlernten Beruf gearbeitet. 1935-1939 als Kraftfahrer tätig, zu Beginn des Krieges eingezogen, 1945 nach kurzfristiger amerikanischer Gefangenschaft entlassen. Kehrte zunächst ins Sudetenland zurück, im Juli 1946 mit seiner Familie zusammen nach Oberhessen regulär ausgesiedelt. Zunächst Arbeiter in einer Vulkanisieranstalt, später im Straßenbau. Nach der Magenoperation bis zum heutigen Tage in einer Hutfabrik als angelernter Arbeiter beschäftigt.

Primärcharakterlich: Nach der Eigenschilderung und auch nach der objektiven Anamneseerhebung durch die

Ehefrau primär ganz ruhig, verträglich, stimmungsmäßig ausgeglichen, gesellig, aktiv, sozial-psychisch tadellos angepaßt.

Zur Ulcuskrankheit: Dezember 1947 Beginn der Erkrankung mit Übelkeit und Erbrechen, von 1949 bis 1954 fünfmal stationäre konservative Behandlung. 1954 und später erhebliche Intensivierung der Symptome, Bluterbrechen, Teerstühle. 1954 noch klinische Beobachtung in der Medizinischen Universitätsklinik Marburg, röntgenologischer Nachweis eines flachbasigen, fünfmarkstückgroßen Ulcus pepticum der kleinen Kurvatur. Februar 1955 2/3-Resektion nach Billroth II, danach sofortige Besserung der zuvor bestehenden Ulcusbeschwerden.

Psychiatrisch:

Angaben der Ehefrau: Der Pat. habe sich im Grunde seit dem Kriege ganz erheblich in seiner Persönlichkeit verändert, er sei oft traurig, grüble viel, er könne stundenlang dasitzen, ohne irgendein Wort zu sprechen. Wegen seiner vielfältigen Beschwerden nehme er viel Tabletten, sicher zu viele, z.T. 3-4 Tabletten täglich, meistens analgetische Medikamente. Er neige auch zum Alkoholgenuß, wenn er etwas Alkohol getrunken habe, rede er von seinem baldigen Sterben. Er vertrage nicht sehr viel, es gebe oft Ärger und Streit, besonders unter Alkoholgenuß. Der Pat. raucht wieder sehr stark, obwohl ihm das streng ärztlich verboten ist, meist 20 Zigaretten pro Tag. Während ihr Mann früher eher etwas weich, jedenfalls sehr anpassungsfähig und freundlich war, sei er jetzt "nervös, herrschsüchtig und aufbrausend".

Angaben des Pat. selbst:

Er datiert ebenfalls eine erhebliche psychische Veränderung in die Zeit unmittelbar nach Kriegsschluß (1945/46) mit der Vertreibung bzw. Aussiedlung aus der Heimat zurück. Die Sorgen und Schwierigkeiten hätten bis heute nicht nachgelassen, man lebe in engen Wohnverhältnissen, noch dazu mit Mutter und Schwager zusammen. Man hatte nur einen Wohnraum, in welchem sich der Pat. selbst, seine

Frau, zwei Kinder, die Mutter und der eben erwähnte Schwager aufhalten mußten. Der Pat. schildert dann, daß er jähzornig, ja böartig geworden sei, Eigenschaften, die er von früher bei sich überhaupt nicht kenne. Mit dem Auftreten der Magenbeschwerden habe sich seine psychische Verfassung allerdings noch verschlechtert. Hier muß aber eingeflochten werden, daß Aussiedlung, Neueingliederung in Westdeutschland, Ulcusmanifestation und gröbere psychische Veränderung doch zeitlich sehr eng zusammenliegen (1945-1947). - Hinsichtlich seines psychischen Befindens in der Zeit nach der Ulcusoperation teilt der Pat. mit, daß er seit dieser Zeit mehr zum Grübeln neige, daß er manchmal auch während der Arbeitszeit "geistesabwesend" sei. Zustände von Bewußtlosigkeit sind nicht faßbar. Die von der Ehefrau geschilderten apathisch-depressiven Zustände mit Grübeln und wortlosem Dazitzen und Vorsichhinstarren bestätigt der Pat. Die psychischen Veränderungen und Beschwerden der letzten Jahre werden noch wie folgt vervollständigt: Es kommt zu von früher her nicht bekannten Angstzuständen, die mit Kopfschmerzen in der Stirn und Scheitelgegend beiderseits kombiniert seien. Außerdem habe er immer unter allgemeiner Mattigkeit, Schlappeheit, Müdigkeit und Einschlaf-sowie Durchschlafstörungen zu leiden. Er habe das Gefühl, daß die Muskeln an seinem ganzen Körper vibrieren. Ein Jahr nach der Magenoperation hätten sich bei ihm zunehmende Impotenzerscheinungen (Impotentia coeundi) bemerkbar gemacht. Dieses Symptom habe sich allerdings in den letzten Monaten infolge einer Medikamentenkur gebessert, ja sogar normalisiert.

B e f u n d e:

Organneurologisch, neuroradiologisch (Rö-Übersichtsaufnahmen des Schädels in 2 Ebenen) und elektroencephalographisch fanden sich keine sicher pathologischen Befunde.

Eindruck: Der Pat. wirkte in einer zeitlich ausge-

dehnten explorativen Situation durchgehend ernst, bedrückt, kaum nennenswert aufzulockern und aufzuhehlen, so daß von einem flachen, subdepressiven Verstimmungsbild gesprochen werden muß. Keine Wahnerlebnisse oder Halluzinationen eruierbar. Im Hinblick auf den Längsschnitt ist die Diagnose einer sogenannten Entwurzelungsdepression (BÜRGER-PRINZ) naheliegend.

I n s g e s a m t:

Der jetzt 46-jährige Pat. ist wegen eines 1947 erstmals manifestierten Ulcus ventriculi 1955 gastrektomiert worden. Mit der Aussiedlung aus dem Sudetenland kam es bei dem Prob. bereits (1 Jahr vor Manifestation des Ulcus ventriculi) zur Ausbildung einer ausgeprägteren psychischen Symptomatik, die von der Frau als gereizt, explosibel und depressiv geschildert wird. Mit der Manifestation der Magenkrankheit kommt es zur Verstärkung der psychischen Symptome. Es wird übereinstimmend von dem Pat. und auch der Ehefrau eine grobe Persönlichkeitsveränderung mit depressiven, ängstlichen und süchtigen Verhaltensweisen geschildert. Im Zusammenhang mit der jetzigen wissenschaftlichen Fragestellung ist die Manifestierung von ängstlichen Erregungszuständen und einer Impotentia coeundi nach der Resektion anzumerken. Im übrigen ist festzustellen, daß es sicher nicht zu einer Besserung der psychischen Symptome, sondern zu einer Verschlechterung gekommen ist. Psychiatrisch-diagnostisch wird eine chronifizierte Entwurzelungsdepression mit erheblichen situativ-neurotischen Überlagerungen und psychischen Entgleisungen angenommen.

7. Fall:

F.B., 54, verh., Buchhalter, Protokoll-Nr. 2295/55

Diagnose: Ulcus ventriculi; phobisch-depressiver Verstimmungszustand

A n a m n e s e:

Zur Familienanamnese: Vater 1938 mit 57 Jahren an Prostatacarzinom, Mutter 1959 mit 76 Jahren an den Folgeerscheinungen eines Unfalles verstorben. Zwei Geschwister seien gesund, der Vater soll von Beruf Baumeister gewesen sein.

Eigene Vorkrankheiten: Als Kind Masern und linksseitige Mittelohrentzündung. 1929 Scharlach, anschließend Scharlachnephritis, 1932 Strumektomie, 1940 Rezidiv-Operation einer Struma, Gelbsucht. 1945 "Fleischvergiftung".

Zum Lebenslauf: 5 Klassen Volksschule, 4 Jahre Bürgerschule im Sudetenland, 2 Jahre Handelsschule, 2 Jahre kaufmännisches Praktikum, 1931 zur tschechischen Wehrmacht für zwei Jahre, anschließend als kaufmännischer Angestellter tätig. 1945 für drei Monate von der russischen Besatzungsmacht interniert, anschließend 2 Monate im Bergwerk als Grubenarbeiter zwangsweise tätig. Anschließend bis Oktober 1946 Bürotätigkeit ausgeübt. 1946 nach Hessen ausgesiedelt. Bis 1953 in Westdeutschland Gelegenheitsarbeiter. Von 1953-57 wegen des Magenleidens "Unterhaltungshilfe", seitdem wieder als Buchhalter berufstätig.

Zur Primärpersönlichkeit: Pat. schildert sich als primär ruhigen, ernsten, aber etwas vermehrt affektiv anrührbaren Menschen mit einer zusätzlichen Neigung zu heftigen Gemütsregungen.

Zur Ulcuskrankheit: 1945 im Rahmen der tschechisch-russischen Internierung erstmals Magenbeschwerden. Wiederholte Klinikaufenthalte, Sept. 1955 Gastrektomie, anschließend keinerlei Beschwerden, obwohl eine Diät nach ärztlicher Vorschrift nicht eingehalten wird.

Psychiatrisch:

Psychopathologisch zeigt sich nach den subjektiven Schilderungen im Anschluß an die Operation eine vermehrte affektive Anrührbarkeit, die über die primär geschilderten noch erheblich hinausgeht. Durch traurige, freudige oder feierliche Ereignisse wird

der Pat. nach seiner Schilderung zu Tränen gerührt. Eine weitere psychische Veränderung zeigt sich insofern, als er hochgradig "nervös" geworden sein will. In den letzten Monaten und Jahren sei er zudem noch bedrückter Stimmung, es kommt zu Zuständen, in denen "etwas in der Luft hängt", das er nicht näher beschreiben kann. Insgesamt werden ängstlich-depressive Verstimmungszustände geschildert, im Rahmen welcher es zu innerer Unruhe, Arbeitsunlust und einem eigentümlichen Gefühl der Getriebenheit kommt. Solche Zustände kann der Pat. nach seiner Schilderung nur dadurch beherrschen, daß er sich zurückzieht. Seiner Familie sei sein verändertes Verhalten aufgefallen, seine Frau habe gesagt, es sei mit ihm nicht mehr zum Aushalten. Der Pat. glaubt, dienstlichen Anforderungen nicht mehr gewachsen zu sein. Bestimmte Entscheidungen "werfen ihn völlig aus der Bahn". 1956 sei es zu einem "Nervenzusammenbruch" gekommen, wobei eine Art generalisierten Zitterns mit Weinkrämpfen in Erscheinung trat. Die psychischen und sonstigen Beschwerden werden noch wie folgt ergänzt: Es sei in den letzten Monaten zu Stirnkopfschmerzen gekommen, flimmerartigen Erscheinungen vor Augen und unklarem Sehen für die Dauer von 15 Minuten. 1961 habe er über Herzstiche zu klagen gehabt, seit etwa einem Jahr habe er sogar Herzschmerzen, welche in den linken Arm ausstrahlen. 1963 sei anfallsweise ein so heftiger Kopfdruck aufgetreten, von occipital nach frontal symmetrisch ziehend, daß er kaum den Kopf bewegen können. Weiterhin klagte der Pat. noch über "ständig feuchte Hände".

B e f u n d e:

Organneurologisch und elektroencephalographisch kein krankhafter Befund. Neuroradiologisch (Rö-Übersichtsaufnahmen des Schädels in 2 Ebenen) fand sich mit Ausnahme einer relativ kleinen Sella turcica keine pathologische Abweichung.

Eindruck: Der Pat. wirkte in zeitlich ausgedehnter explorativer Situation durchgehend bedrückt, unfroh, ängstlich, kaum nennenswert aufzulockern und aufzuheilen. Das psychische Bild als solches imponierte gänzlich unspezifisch, es konnte ebenso einem flachen endogen-biologischen Verstimmungszustand als auch einem neurotischen subdepressiven Versagens- und Erschöpfungszustand entsprechen.

I n s g e s a m t:

Der bei der jetzigen katamnestischen Nachuntersuchung 54-jährige, z.Zt. der Gastrektomie im Jahre 1955 aber erst 46-jährige Pat. entwickelte im Anschluß an die Magenoperation phobisch-depressive Verstimmungssymptome mit vermehrter affektiver Anrührbarkeit, innerer Beunruhigung, Arbeitsinsuffizienz und allgemeiner sozialer, psychischer Desintegration. 1960 "Nervenzusammenbruch", nach der Schilderung dürfte es sich um einen endogen-biologisch bedingten akuten Depressionszustand gehandelt haben, jedenfalls finden sich keine Hinweise auf einen damals bestehenden aktuellen situativen Anlaß. Für die jetzige wissenschaftliche Fragestellung ist damit schon das wesentliche klinische Faktum gegeben. Es handelt sich um einen primär schon vermehrt anrührbaren, aber sicher nicht gröber abartigen Menschen, der eine biographische Auffälligkeit in Form der Ausweisung aus dem Sudetenland und einer beruflichen Unstetheit - in engem Zusammenhang damit - aufweist. Ähnlich wie bei den zuvor referierten Fällen, kommt es auch hier bei sehr günstigem gastro-enterologischem katamnestischen Verlauf zu gravierenden psychopathologischen Symptombildungen, welche wiederum erhebliche sozialpsychologische Konsequenzen mit sich bringen. Es handelt sich um einen Pat., der unmittelbar psychiatrischer Behandlung bedarf.

Im folgenden sollen noch die ü b r i g e n
K r a n k h e i t s f ä l l e des Beobachtungsgutes
g e k ü r z t wiedergegeben werden.

8. Fall:

P.V., 53 J., verh., Zahnarzt, Protokoll-Nr. 2966/56

Diagnose: Ulcus duodeni; chronisch-rezidivierende Cephalgien; neurologische Mikrosymptomatik unklarer Genese

Epikrise:

Der Pat. manifestierte erstmals 1950 Symptome eines Ulcus duodeni. 1956 wegen Therapieresistenz im Rahmen wiederholter konservativer Kuren 2/3 Resektion nach Billroth II. - Wohlbefinden bis etwa 1 Jahr vor der jetzigen katamnestischen Nachuntersuchung. Der Pat. hatte zwar gelegentlich leichte, aber durchaus erträgliche Oberbauchbeschwerden. Er brauchte insgesamt die vorgeschriebene Diät nicht einzuhalten. Psychische Veränderungen wurden negiert und auch bei gezielter intensiver Befragung nicht eruiert.

Bemerkenswert sind allenfalls Schilderungen über Cephalgien. Dieselben wurden vom Pat. selbst zunächst auf Zahnerkrankungen zurückgeführt. Nach Extraktion der angeschuldigten Zähne trat aber keine Besserung auf; möglicherweise handelte es sich um neuralgische Beschwerden. In der letzten Zeit soll es zum Nachlassen des Kopfschmerzes zur Erträglichkeit und zum Unnötigwerden von Medikamenteneinnahmen gekommen sein.

Organneurologische Mikrobefunde:

Bauchhautreflexe auch bei Kontrolle links etwas stärker als rechts auslösbar. Bizeps-Sehnen-Reflex links etwas stärker als rechts. Elektroencephalographisch und neuroradiologisch (Rö-Übersichtsaufnahmen des Schädels in 2 Ebenen) fanden sich ebenso wenig pathologische Befunde wie psychopathologisch.

9. Fall:

O.Sch., 55 J., verh., Schreiner, Protokoll-Nr. 977/55

Diagnose: Ulcus ventriculi

Epikrise:

Die Magen-Anamnese wird bis 1943 zurückdatiert. Nach mehreren Lazarettaufenthalten und intensiven diätetischen Maßnahmen ließen die Symptome zunächst nach. 1953 Verschlechterung mit erneuter stationärer Behandlung, 1955 Gastrektomie nach Billroth II. Im Anschluß an die Operation verschwanden Magenbeschwerden vollständig und sind bis zum heutigen Tage, d.h. zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht wieder in Erscheinung getreten. 10 Tage nach der Magenoperation Lungenembolie nach vorheriger Thrombose im linken Oberschenkel. - Nennenswerte neue Symptome sind weder auf körperlichem noch auf psychischem Gebiet nach der Magenoperation aufgetreten. Es handelt sich primär-charakterlich um einen primär anrührbaren Menschen, der besonders in Zusammenhang mit den Kriegserlebnissen und der Gefangenschaft leichte psychische Veränderungen erlitten hat. Es muß der Verdacht geäußert werden, daß dieselben bei der Pathogenese der Magenerkrankung eine Rolle spielen. Im Rahmen unserer Untersuchung ist aber weder ein positiver (psychosomatischer) Anhalt noch ein hinreichender Ausschluß möglich geworden. - Der Pat. gibt eine gewisse Verstärkung der schon vor der Operation vorhandenen psychischen Alterationen an. Er sei vielleicht noch etwas nervöser geworden, seine Neigung zum Aufbrausen habe sich vielleicht auch noch vermehrt. Er sei leicht anrührbar. Es werden schließlich noch spontane Stimmungsschwankungen im Sinne einer "nicht erklärbaren" Traurigkeit geschildert. Bei näherer Exploration haben sich aber diese Veränderungen als geringfügig erwiesen. Wir neigen dazu, diesen Krankheitsfall nicht als positiv bzw. allenfalls als fraglich positiv oder insgesamt unsicher zu bewerten. Organneurologische Veränderungen fanden sich nicht. Der psychische Querschnittsbefund war völlig unauffällig.

10. Fall:

H.K., 54 J., verh., Gemeinderechner, Protokoll-Nr. 4458/57

Diagnose: Ulcus duodeni

Epikrise:

Der Pat. verspürte erstmals 1953 Magenbeschwerden mit deutlicher, typischer jahreszeitlicher Akzentuierung. 1958, im Alter von 49 Jahren, Gastrektomie nach Billroth II. Anlaß zu der Operation war ein blutendes Ulcus mit Bluterbrechen und Teerstühlen. - Seit der Operation ist der Pat. in psychischer und körperlicher Beziehung völlig beschwerdefrei, er hält sich nicht an die vorgeschriebene Diät. Auch die gezielte Exploration hat keinerlei neue Symptombildung psychosomatischer Natur (Asthma, Ekzem oder dergl.) oder auf psychopathologischem Gebiet ergeben. - Organneurologisch und psychopathologisch ergaben sich keinerlei krankhafte Abweichungen.

11. Fall:

L.M., 51 J., Witwe, Inhaberin und Leiterin einer Weingroßhandlung, Protokoll-Nr. 1734/57

Diagnose: Ulcus ventriculi

Epikrise:

Die Pat. litt vor der Operation (1957 Gastrektomie nach Billroth II) seit 1928 an periodischen bzw. phasenhaft auftretenden Magenbeschwerden. Synchron, und zwar nach den Schilderungen der Pat. streng gleichzeitig, lagen jeweils besondere psychische Belastungen bzw. Stimmungsschwankungen vor. Ein Jahr vor der Operation verstarb der Ehemann, es kam zu einer ganz erheblichen reaktiven Verstimmung. Es muß zumindest der Verdacht geäußert werden, daß die Verschlechterung des Magenleidens, die zu der Operation im Jahre 1957 führte, durch das genannte Erlebnis und die emotionellen Auswirkungen desselben provoziert worden ist. - Die Pat. hat die Magen-

operation gut toleriert und ist seitdem in gesundheitlicher Hinsicht praktisch zufrieden. Sie teilt mit, daß sie vielleicht ein wenig sensibler und empfindlicher in den letzten Jahren geworden sei. Immer wieder einmal käme es zu leichten Stimmungsschwankungen, besonders wenn sie an die Vergangenheit denke, den Tod des Mannes und ihre Einsamkeit. Da deutliche Stimmungsschwankungen schon vor der Operation anzunehmen sind, wählen wir den Krankheitsfall dieser Pat. nicht als positiv im Sinne unserer Fragestellung. - Organneurologisch fanden sich keine sicher pathologischen Abweichungen. In psychischer Hinsicht wirkte die Pat. ernst, etwas zurückhaltend, distanziert, gelegentlich stimmungsmäßig gedämpft und leicht hypomotorisch. Ein sicher pathologischer, etwas depressiver Befund konnte aber auch psychopathologisch nicht angenommen werden.

12. Fall:

J.Sch., 53 J., verh., Rechnungsbeamter der Raiffeisen-Gesellschaft, Protokoll-Nr. 1215/56

Diagnose: Ulcus ventriculi

Epikrise:

Der Pat. manifestierte erstmals 1940 ein Magengeschwür. Nach 14-jährigem beschwerdefreien Intervall erneut Ulcussymptome. Wiederholte stationäre Behandlung, 1956 im Alter von 36 Jahren 2/3-Resektion nach Billroth II. Acht Wochen nach der Operation traten noch einmal Beschwerden auf, die zu einem ganz kurzfristigen Klinikaufenthalt führten. Seit der Entlassung aus demselben ist der Pat. nach seiner glaubhaften Schilderung bis zum Tage der jetzigen katamnestischen Nachuntersuchung beschwerdefrei, obgleich er die ihm vorgeschriebene Diät nicht einhält. - Nach der Operation sind, abgesehen von dem Fehlen gastroenteraler Beschwerden, auch keine sonstigen körperlichen oder psychischen neuen Symptome in Erscheinung getreten, jedenfalls

hat der Pat. dergleichen glaubwürdig verneint. Somit handelt es sich um einen eindeutig negativen Fall im Sinne unserer Fragestellung. - Der Pat. schildert für die Zeit seiner Ulcusmanifestationen synchron in Erscheinung tretende psychische Veränderungen im Sinne eines depressiven Verhaltens und Erlebens. Er sei zu diesen Zeiten jeweils "dem Heulen nahe" gewesen. Nach der Operation seien derartige depressive Verstimmungszustände nicht mehr aufgetreten. Es handelt sich somit hier um einen Krankheitsfall, bei welchem durch die Operation sowohl Magenbeschwerden als auch zuvor beobachtete psychische Alteration zum Verschwinden gebracht wurden.

III. Ergebnis der Untersuchungen

1. Ergebnisse zur jetzigen Fragestellung

a) P o s i t i v e E r g e b n i s s e

Bei 7 von insgesamt 12 Fällen fand sich im Rahmen der katamnestischen Befragungen das Auftreten von körperlichen oder psychischen Symptombildungen, die vor der Gastrektomie nach Billroth II angeblich noch nicht in Erscheinung getreten sein sollen. Im Sinne unserer Fragestellung handelt es sich also hier um eindeutig positive Fälle. Im einzelnen handelt es sich um die Fälle Nr. 1-7, die im Abschnitt B, II zum Teil etwas ausführlicher, zum Teil epikritisch wiedergegeben worden sind. In einem Fall kam es nach der Gastrektomie, d.h. in der Zeit zwischen Gastrektomie und jetziger katamnestischer Nachuntersuchung zur Manifestation einer asthmatoïden Bronchitis, wahrscheinlich sogar eines echten Bronchialasthmas. In diesem Fall (5, Ulcus ventriculi) trat außerdem auch noch eine auffällige Potenzminderung in Erscheinung. In fünf Fällen kam es zu ängstlichen oder depressiven Verstimmungszuständen. Vor allem ängstliche Verstimmungsmomente scheinen nicht ganz selten in den Jahren nach einer Gastrek-

tomie wegen Ulcus pepticum manifest zu werden. Die Angaben der einzelnen Probanden, daß sie dergleichen früher, d.h. zur Zeit der Ulcusmanifestationen und in jedem Falle vor der Gastrektomie noch nicht bemerkt hätten, wirkten glaubhaft. Die von den Patienten geschilderten Verstimmungssymptome erweckten in psychiatrisch-neurologischer Sicht in erster Linie den Verdacht auf endogen-biologische Stimmungsschwankungen, obgleich die Differentialdiagnose bezüglich charakterogener oder neurotischer depressiver Zustände kaum mit letzter Sicherheit möglich ist. Sofern bei den hier genannten Fällen objektiv psychopathologisch Verstimmungssymptome faßbar erschienen, waren dieselben differentialdiagnostisch mehrdeutig. Es darf aber der Eindruck nicht verschwiegen werden, daß es sich bei den Ulcus-pepticum-Patienten phänomenologisch mehr um Verstimmungen vom endogen-biologischen Typ als vom offensichtlich reaktiv-erlebnismäßigen handelt.

b) N e g a t i v e F ä l l e

Drei Patienten (Fall 10-12) sind nach der Gastrektomie in körperlicher und psychischer Hinsicht symptomlos geblieben. Es fanden sich allenfalls psychische Mikrosymptome, die durch Auswertung vernachlässigt werden konnten. Der Fall Nr. 12 ist insofern besonders eindrucksvoll, als sich dort mit der Gastrektomie auch zuvor bestehende, mit Ulcusmanifestationen synchron laufende psychische Alterationen völlig verloren haben.

c) F r a g l i c h e F ä l l e

Fall Nr. 8 und 9 haben wir als fraglich positiv bzw. weder sicher positiv noch negativ eingeschätzt. Es handelt sich um Grenzfälle, die nicht ganz unverdächtig im Hinblick auf neue Symptombildungen im Anschluß an die Gastrektomie sind, die aber andererseits nur relativ geringfügige Beschwerden

oder Symptome aufwiesen, so daß eine Gleichstellung mit den unter Ziffer 1-7 registrierten Fällen nicht gerechtfertigt ist.

2. Zur Frage primärpersönlicher Auffälligkeiten

In der Literatur spielt die Frage der "Ulcuspersönlichkeit" eine bedeutsame Rolle. Die eigene Arbeit beschäftigt sich ausdrücklich nicht mit diesem Problem, es sollen hier lediglich vollständigkeitshalber auffällige primärcharakterliche Züge referiert werden. Wir fanden die Primärpersönlichkeit in vier Fällen, d.h. in einem Viertel des gesamten Krankengutes gänzlich unauffällig. Die registrierten charakterlichen Abnormitäten der übrigen Fälle gliedern sich wie folgt: In drei Fällen fanden sich sicher thymopathische Abweichungen im Sinne einer depressiven Verstimmbarkeit, einer Stimmungs labilität oder einer weich-anrührbaren charakterlichen Befindlichkeit. Es handelt sich um die Fälle 2, 6 und 7. Reizbar-explosible Züge wurden bei den Fällen 4 und 5 angenommen, Fall 1 ist als überkorrekt bzw. leicht anankastisch einzuschätzen; die Fälle 9 und 11 sind ohne sichere charakterologische Einordnung als zumindest leicht abnorm beurteilt worden. Es versteht sich von selbst, daß die Einschätzung der Primärpersönlichkeit, d.h. der Persönlichkeitsverfassung vor der Ulcus-Manifestation mit größter Zurückhaltung vorgenommen werden muß. In der psychosomatischen Ulcusliteratur wird praktisch niemals zwischen Primärpersönlichkeit und dem Persönlichkeitsstatus zur Zeit der Ulcusmanifestation unterschieden. Es versteht sich von selbst, daß zu einer verlässlichen Beurteilung der primären Persönlichkeit neben Befragungen der Patienten objektive Anamnesenerhebungen und psychologische Testuntersuchungen erforderlich sind.

3. Biographische Faktoren

Auch die Frage biographischer konditionaler oder gar kausaler Zusammenhänge wird in unserer Untersuchung ausdrücklich nicht berücksichtigt. Im Hinblick auf die Primärpersönlichkeiten unserer Patienten seien nur der Vollständigkeit halber hier auffällige biographische Einzelheiten wiedergegeben. In fünf Fällen haben wir sichere biographische Auffälligkeiten angenommen. Eine Differenzierung in zeitlicher Hinsicht wird nicht vorgenommen. Die biographischen Unregelmäßigkeiten, Konflikte, Belastungs- oder Frustrationssituationen liegen teils in der Zeit nach der Gastrektomie, teils aber auch vorher. Positiv im Sinne einer biographischen Auffälligkeit sind sechs Fälle gewesen: Fall 2, 3, 6, 7, 9 und 11. Davon haben wir Fall 9 als fraglich beurteilt, möchten insgesamt aber doch einen Zusammenhang zwischen Ulcuskrankheit und Lebensumstände annehmen.

4. Cerebralorganische Faktoren

In drei Fällen (Fall 1, 2 und 8) haben sich organ-neurologische Abweichungen bzw. entsprechende anamnestische Daten gefunden. Immerhin handelt es sich um ein Viertel des hier bearbeiteten Beobachtungsgutes. Im einzelnen fand sich in Fall 1 in der Anamnese eine Impressionsfraktur der Schädelkalotte; retrospektiv muß eine Contusio cerebri angenommen werden. Im Fall 2 ist eine zumindest mittelgradige, wenn nicht schwere Hungerdystrophie in der Anamnese angegeben worden. In Fall 8 sind neurologische Mikrosymptome, die allerdings keine diagnostische Relevanz haben, festgestellt worden.

5. Endogen-biologische Verstimmungssymptome

In fünf Fällen haben wir Verstimmungssymptome vom endogen-biologischen Typ nach der Gastrektomie ange-

nommen. Es handelt sich um die Fälle Nr. 1, 2, 3, 7 und 11. Fall 5, 8, 10 und 12 sind diesbezüglich als eindeutig negativ gewertet worden, während in Fall Nr. 4, 6 und 9 die Möglichkeit endogen-biologischer Verstimmungsmomente offengelassen wurde. Besonders im Hinblick auf die Arbeiten von LOPEZ-IBOR dürften Beziehungen der psychosomatischen Störungssyndrome zu endogen-biologisch bedingten Verstimmungszuständen und endogenen Psychosen überhaupt nicht vernachlässigt werden, etwa zu Gunsten neurotischer, erlebnismäßiger bzw. biographischer Faktoren. Wir haben einen eher strengen Maßstab im Hinblick auf die Annahme von endogenen Verstimmungsmomenten angelegt.

C. L I T E R A T U R R E F E R A T

I. Arbeiten zur Psychogenese, Soziogenese und Psychotherapie

Als Begründer und Hauptvertreter der psychosomatischen Medizin analytischer Prägung sieht ALEXANDER die Ulcuserkrankung bedingt durch den Konflikt des erwachsenen Ich mit seinem Streben nach Unabhängigkeit und Leistung und dem Wunsch, in der abhängigen infantilen Situation zu verbleiben, geliebt und versorgt zu werden. "In den Tiefen seiner Persönlichkeit trägt der Ulcuspatient ein unbewußtes Verlangen nach der behüteten Existenz des kleinen Kindes". Diese Abhängigkeitshaltung wird jedoch verdrängt, das verdrängte Verlangen nach dem Geliebten ergibt einen psychologischen Reiz, der direkt mit dem physiologischen Vorgang verknüpft ist, als dessen Endergebnis dann das Ulcus entsteht. Der Kernfaktor bei der Pathogenese des Ulcus ist also anscheinend die Versagung der anlehnungsbedürftigen, hilfesuchenden und liebebedürftigen Sehnsüchte. Wenn der Wunsch nach Liebe und Abhängigkeit versagt wird,

wird häufig eine regressive Bahn beschritten: "Der Wunsch, geliebt zu werden, verschiebt sich in den Wunsch, gefüttert zu werden." Die Mageninnervationen werden mobilisiert, es entsteht ein chronischer Reiz für die Magenfunktion, eine Dysfunktion mit Hypermotilität und Hypersekretion. So lassen sich ALEXANDERS psychosomatische Überlegungen in seinen spezifisch dynamischen Grundschemas bei der Überfunktion des Magens verstehen:

I. Versagung oral-rezeptiver Wünsche - oral-aggressive Reaktion - Schuldgefühle - Angst - Überkompensation für orale Aggression und Abhängigkeit durch real erfolgreiche Leistungen bei verantwortlichen Tätigkeiten - Verstärkung bewußter oral-abhängiger Strebungen als Reaktion auf exzessive Anstrengung und Konzentration - Hypersekretion des Magens.

II. Andauernde Versagung oral-rezeptiver Wünsche - Verdrängung dieser Wünsche - Hypersekretion des Magens.

DUNBAR gibt einen Literaturüberblick über die Einwirkungen seelischer Gegebenheiten auf die Magen- und Darmfunktionen.

LAFORGUE interpretiert die Psychosomatik als Lehre von den Krankheiten vorwiegend körperlicher Art, die ausgelöst werden durch psychische Schocks, mangelnde Synthese der Persönlichkeit und schlechte Koordination im sozialen Raum. Für die koordinativen Funktionen ist das Über-Ich verantwortlich, das stärker als der freie Wille ist. Die Symptome sind abhängig von der durch Erbmasse, Ethik, Lebensgewohnheiten und Erfahrungen geformten Persönlichkeit, sowie dem Milieu und der Rasse. Der Autor sieht die Krankheit als Versuch von Kontaktaufnahmen und Bereinigung von Schuldgefühl.

HOFF unterrichtet in seinem Übersichtsreferat über die Literatur der psychosomatischen Medizin zur Persönlichkeit und ihren Konflikten bei Magen-Ulcus-Kranken, wobei er weitgehend nach ALEXANDER orientiert ist.

WEISLMANN zeigt an sechs ausführlich dargestellten Fällen von rezidivierendem Duodenalulcus die psychische Situation zur Zeit des erneuten Geschwürsauf-tretens, die vom Patienten bevorzugten Abwehrmecha-nismen, die überwiegenden Affekte, spezifischen Konflikte und die Übertragungssituation. An Abwehr-mechanismen werden aufgeführt: Gefügigkeit und oppo-sitionelle Haltung, Verdrängung, Verneinung durch Worte, Handlung oder Phantasie, Vermeidung und sozia-le Isolation, bisexuelle Identifikation und sekun-däre Reaktionsformen. Als wesentliche Affekte wer-den unterdrücktes Ressentiment, aggressive Schuld-gefühle und Furcht vor Schuldgefühlen angegeben. Den Hauptkonflikt erblickt der Autor im Problem der Abhängigkeit und Unabhängigkeit, die Übertragung war durch eine übermäßige Ambivalenz zwischen idealem und ausnutzendem Elternteil gekennzeichnet. "Ulcus-symptome traten vor allem dann auf, wenn die Gefahr eines Verlustes die Aussicht auf einen Gewinn über-wog und die daraus entstehenden ärgerlichen Pro-teste unterdrückt wurden."

ORGEL behandelte 15 Ulcuspatienten psychoanalytisch, davon 5 nur unvollständig, 10 jedoch ausreichend mit bis zu 600 Analysestunden. Diese 10 Patienten hatten noch nach 10-22 Jahren, wie nachfolgende Untersuchungen ergaben, kein Rezidiv, während die 5 unvollständig behandelten Patienten überhaupt nicht von ihren Beschwerden befreit werden konnten. Es handelte sich bei diesen Probanden um eine Er-krankung des Gastrointestinaltraktes, koordiniert mit einer Störung der gesamten Persönlichkeitsstruk-tur, d.h. bei den Patienten wurde das Ulcus sowohl durch konstitutionelle wie durch emotionelle Fak-toren hervorgerufen. - Trotz der geringen Zahl von Fällen glaubt der Autor, mit Recht annehmen zu kön-nen, daß Patienten, bei denen ein Ulcus mit einer Neurose kombiniert auftritt, geheilt werden können, wenn die Neurose erfolgreich therapiert wird.

PILOT berichtet über einen Fall von Ulcus duodeni bei einem von eineiigen Zwillingen. Bei diesem Patienten kam es im Rahmen ehelicher Konflikte zur Krankheitsmanifestation. Beim anderen, gesunden Zwilling wurde die gleiche Charakterstruktur, wie Abhängigkeit, Angstlichkeit, Scheuheit und Passivität, von einer warmen, mütterlichen Frau aufgefangen.

GLATZEL spricht im Gegensatz zu ALEXANDER von der Ulcuskrankheit als einem in Schüben verlaufenden chronischen Leiden. Diese Schübe treten nur dann auf, wenn ein disponierter Mensch in eine bestimmte Konfliktsituation gerät. Diese liegt in der Auflehnung des Kranken gegen ein chronisches Gehemmtsein durch die Umwelt, das in vielerlei Variationen erlebt werden kann. GLATZEL unterscheidet zwei Ulcuspersönlichkeiten, die aktive, als kämpfende und die passive Persönlichkeit, die von der Umwelt vor Erwartungen, Zumutungen und Anforderungen gestellt wird, welche zu Verhaltensweisen führen, die innerlich abgelehnt werden. Da aber jeder Mensch in Konfliktsituationen gerät, ohne ulcuskrank zu werden, muß zur Manifestation dieser Krankheit noch eine zweite Voraussetzung hinzutreten. Diese scheint in der Wesensart des Menschen begründet zu liegen, denn auffallend ist bei den Ulcuskranken, etwa im Vergleich mit Angina-pectoris-Kranken, ihre Empfindlichkeit, Scheuheit und Verletzbarkeit, ihre starke Gefühlserregbarkeit, überdurchschnittliche Bewußtheit und das Fehlen innerer Wärme. Bei ihnen besteht eine Schwäche, Hemmung und Unsicherheit im natürlich Triebhaften, Mangel an Phantasie, geringe Ausdrucksfähigkeit und im Zusammenhang damit die Tendenz, Verstimmungen, Ärger und Kummer unverarbeitet in sich zu verschließen. Die Ulcuskrankheit ist also der körperliche Ausdruck der Erlebnisreaktion bestimmt gearteter Menschen in bestimmt gearteten Konfliktsituationen. So nimmt es nicht Wunder, daß die Krankheit während des Krieges selten bei der kämpfenden Truppe, dafür aber umso häufiger bei

Ersatzeinheiten und den ungedienten älteren Jahrgängen auftrat, die, durch die Kriegssituation bedingt, aus ihrer bürgerlichen Position herausgerissen und zum Rekrutendasein gezwungen wurden. Ähnlich ist die Situation der Ostflüchtlinge gelagert. Im Kampf um das nackte Leben verschwanden die Beschwerden, um später, in leidlich gesicherten Verhältnissen, erneut aufzutreten. Ebenso ergeht es dem Heimkehrer, der nach Rückkehr in die zivilen Lebensverhältnisse wieder an einem Ulcus erkrankt.

HØJER-PEDERSEN untersuchte eine unausgewählte Gruppe von Duodenalulcuspatienten und verglich diese mit einer entsprechenden Kontrollgruppe. Hierfür fungierten 51 Krankenhausangestellte ohne Dyspepsie aber in der gleichen Altersverteilung der Ulcuspatienten. Von den ursprünglich 70 untersuchten Probanden wurden 51 in die endgültige Untersuchungsgruppe aufgenommen. Die Patienten wurden somatisch und psychiatrisch untersucht und mußten sich einem Persönlichkeitstest unterziehen. - Der Autor betont die Häufigkeit sogenannter aktualneurotischer Zustandsbilder, die bei fast allen Patienten vor der Krankheitsmanifestation auftraten. Aus dem Ergebnis der Untersuchungen zieht der Verfasser folgende Schlüsse: Besteht eine große Konfliktbereitschaft, die ihren Ausdruck weder auf psychosomatischer noch auf psychologischer Ebene infolge von speziellen Abwehr- und/oder Hemmungsmechanismen findet, kann vielleicht nur die Möglichkeit einer vegetativ-endokrinen Entladung bleiben. Besteht die Konfliktbereitschaft weiterhin, so entwickeln sich auf diese Weise krankhafte Veränderungen in den verschiedenen Organsystemen.

GARMA berichtet neben anderen Referenten über das Symposium 1960. Danach sind die psychischen Faktoren von Geschwüren Gemütsbewegungen und Konflikte mit von vielen Forschern nachgewiesenem schädlichen Einfluß auf Magen und Duodenum. Jedoch nicht alle Gemütsbewegungen führen zu Geschwüren. "Es erkrankten nur Menschen mit spezieller Persönlichkeit. Dieser

Typ hat unbewußte Aspekte, die leicht aufzudecken sind und andere, tiefere, die eine längere psychologische Forschung verlangen". Da die Genese von Geschwüren eine ursprünglich psychische ist, ist zweckmäßig eine gründliche psychische Behandlung vorzunehmen, die die unbewußte Persönlichkeit grundlegend verändert.

MAHL und KARPE sind der Ansicht, daß überwiegend bewußte oder unbewußte Angst, gleich welcher inhaltlichen Färbung, eine vermehrte Salzsäureproduktion des Magens hervorruft. Die Autoren stützen sich auf die Ergebnisse ihrer Versuchsanordnung, wobei während Analysestunden, in denen der Patient überwiegend orale Geborgenheitsthemen bringt, relativ geringe Salzsäurewerte vorliegen, während in den Stunden mit vorwiegenden Angstgehalten aggressiver Natur vermehrte Salzsäureproduktion erfolgt.

Die psychosomatische Hypothese der Ulcusentstehung wird in jüngster Zeit zunehmend durch tierexperimentelle Arbeiten gestützt. So setzte WEISZ Ratten verschiedenen genau ausgewählten Situationen aus, in denen neben Nahrungs- und Flüssigkeitsentzug schmerzhaft elektrische Impulse entweder direkt ausgeteilt oder mit anderen Reizen als drohende Gefahr gekoppelt wurden. Bei Nahrungs- und Flüssigkeitsentzug wurde teilweise die Nahrung und Flüssigkeit sowohl visuell als auch geruchsmäßig dargebracht, ohne daß die Tiere an die Nahrungsstoffe herankamen. Dabei kam es zu bestimmten Läsionen der Magenschleimhaut.

BONFILS ging bei seinen Versuchen an Ratten davon aus, daß psychische Faktoren in vielfacher Weise auf das Gleichgewicht der Magenphysiologie sich auswirken. Sie können daher auch für gewisse pathologische Zustände bestimmend sein, unter denen das Gastro-duodenal-Ulcus an erster Stelle steht. Auslösende Faktoren sind in jedem Fall die Entstehung einer Zwangssituation. Bei den Versuchstieren wurde die psychische und physische Zwangslage herbei-

geführt, indem man den Ratten die Bewegungsfreiheit nahm. Auf diese Weise lassen sich akute Magenulcera hervorrufen, deren Zahl mit der Versuchsdauer zunimmt: 62% der Tiere zeigen die Läsion in der 7., 88% in der 24. Stunde. Die motorische Intensität, mit der sich das Tier aus seiner Zwangslage zu befreien sucht, bleibt nachweislich ohne Einfluß auf die Ulcusbildung.

PFLANZ geht auf sozialpsychologische Faktoren ein, die nach seiner Meinung eine große Rolle bei der Ulcuse Entstehung spielen und in den Problemkreis der medizinischen Soziologie hineinreichen. So haben Untersuchungen ergeben, daß Ulcera häufiger bei Menschen vorkommen, die aus einer Gemeinschaft ausgeschieden sind, die den Verlust der Geborgenheit oder den des geliebten Objektes zu beklagen haben. Auf der anderen Seite findet sich die Ulcuskrankheit häufiger bei Angehörigen der untersten Sozialschichten. In Übereinstimmung mit GLATZEL ist hierbei die Situation des "Untergebenen" von entscheidender Bedeutung.

HOLLMANN faßt die Ulcuskrankheit als Allgemeinerkrankung auf, indem er drei Stadien unterscheidet: Das neurotische Stadium (Ulcuskrankheit ohne Ulcus); frisches Ulcus und dystone Störung; das lokale Geschwür und seine Folgen. Außerdem werden die konstitutionelle Disposition, die neurozirkuläre und vegetative Dystonie sowie die psychischen Faktoren diskutiert. Zum Schluß wird ebenfalls die Rolle sozialpsychologischer Faktoren betont.

II. Arbeiten über somatische pathogenetische Faktoren

Obwohl die Annahme, daß psychische Faktoren bei der Ulcusgenese eine entscheidende Rolle spielen, weit verbreitet ist, fehlen nicht Stimmen negativer Beweisführung. So kamen WIECK und Mitarbeiter anhand von experimentalpsychologischen und explorativen Untersuchungen an 100 ulcuskranken Männern und einer

Kontrollgruppe von 100 männlichen Personen ohne Ulcusleiden sowie 100 männlichen Patienten mit einer abnormen Erlebnisreaktion oder einer psychopathischen Persönlichkeit zu dem Ergebnis, daß eine seelische Entstehung dieses Leidens nicht wahrscheinlich gemacht werden kann. JORES schreibt in seinen kritischen Bemerkungen zu dieser Untersuchung, daß die Ergebnisse von WIECK eigentlich nicht im Widerspruch zu der Auffassung der Autoren stehen, die emotionale Faktoren als Ursache für die Ulcuskrankheit gefunden haben. Da die Gruppe mit positiven Ergebnissen, die von der Tiefenpsychologie ausgearbeiteten Methoden benutzt, die Autoren aber mit "klinischen Mitteln" d.h. "mit einer einfachen, nur vordergründigen Exploration" gearbeitet haben, sind die unterschiedlichen Resultate lediglich von der Methode abhängig. JORES geht außerdem noch auf die Untersuchungen WEINERS und Mitarbeiter an 2073 Wehrpflichtigen ein, die er bei WIECK nicht zitiert findet. Er ist weiterhin der Ansicht, "daß es heute keine Tatsache in der psychologischen Medizin gibt, die besser fundiert ist als die Bedeutung der psychologischen Faktoren für die Entstehung des Ulcus. Da die Krankheitsursachen sicher immer komplexer Natur sind, soll damit keineswegs geleugnet werden, daß es nicht auch determinierende Faktoren im somatischen Bereich gibt, aber bis heute sind sie noch nicht bekannt."

Über die Beziehungen von Gehirntumoren und Magen-Darm-Ulcerationen berichten TÖNNIS und BISCHOF ausführlich in ihrer Monographie. Die Autoren geben zunächst eine Literaturübersicht der Magen-Darmsymptome bei Erkrankungen des Zentralnervensystems. Dabei wird unterschieden in Magen-Darmerscheinungen, die von der Hirnrinde, vom Zwischenhirn, vom Rückenmark, von der Haut und vom vegetativen Nervensystem ausgelöst werden.

Eigene Beobachtungen der Autoren von Magen-Darmsymptomen bei Erkrankungen des ZNS gliedern sich in:

1. Präoperative Magen-Darmsymptome bei cerebralen Prozessen. Hier hatten 2,2% der Fälle in der Vorgeschichte Magen-Darmerscheinungen. Bevorzugte Lokalisation des Prozesses war die hintere Schädelgrube, im Großhirnraum standen die temporalen und basalen Prozesse an der Spitze. Seitens des Magens und Duodenums werden Schmerzen, Ulcera und Gastritiden und Pylorospasmen angegeben. Alle Arten von Hirnprozessen (Gliome, Meningiome, Abszesse, Blutungen und Verletzungen etc.) führten zu Symptomen des Magen-Darm-Traktes.

2. Postoperative Magen-Darmsymptome bei cerebralen Prozessen.

3. Magen-Darm-Symptome bei medullären Prozessen.

- a) präoperativ: Bei 890 Rückenmarksläsionen traten Magen-Darmstörungen in 12 Fällen (1,3%) auf, mit einer relativen Häufung im Brustmark bei D4-7. Die Patienten klagten über Magenbeschwerden, Oberbauchbeschwerden, Bauchschmerzen, Druck in der Nabelgegend, Darmkrämpfe und anfallsweise Schmerzen im Abdomen in einer Dauer von Wochen bis zu 8 Jahren.

b) postoperativ.

Eine umschriebene Stelle des Gehirns, die für trophische Störungen des Magen-Darm-Traktes verantwortlich zu machen wäre, wurde nicht ausfindig gemacht. Von mehreren Autoren wurde auch kein ursächlicher Zusammenhang (bzw. signifikante Häufung) zwischen Hirnschädigung und Befinden im Magen-Darm-Trakt gefunden. So kommt es sicher auch nicht auf die Lokalisation des cerebralen Prozesses allein an, ob Störungen im Gastro-Intestinal-Trakt auftreten, sondern es müssen noch andere Faktoren eine Rolle spielen. Wie aus den Anamnesen von Hirntumorkranken hervorgeht, lassen sich Magen-Darmerscheinungen in verschieden langer Zeit nachweisen. Nach Meinung der Autoren ist es jedoch gewagt, diese Symptomatik in jedem Fall mit dem cerebralen Prozeß in ursächlichen Zusammenhang zu bringen. Anders bei den post-

operativen Magen-Darmsymptomen. Hier treten die Beschwerden bereits Stunden oder Tage nach der Operation auf, um dann kontinuierlich abzunehmen. In diesem Fall ist der kausale Zusammenhang dann wohl zwingend.

WEINER und Mitarbeiter gehen von der aus den bisherigen Veröffentlichungen gerechtfertigten Arbeits-hypothesen aus, daß die Entstehung eines Duodenal-ulcus sehr wahrscheinlich ist, wenn bei einem Individuum eine ständig erhöhte Magensaftproduktion vorliegt und gleichzeitig eine bestimmte psychische Konstellation vorhanden ist, die durch besondere Umweltbedingungen zu einem aktuellen Konflikt mit erhöhter psychischer Spannung führt. Untersuchungsmaterial waren bei seiner Arbeit 2073 unausgelesene Wehrpflichtige, die bei Antritt des Wehrdienstes auf ihre Magensaftproduktion untersucht wurden. Außerdem wurden Magen und oberer Verdauungstrakt röntgenologisch dargestellt. So wurden insgesamt 120 Männer, 63 Hyper- und 57 Hyposekretoren, herausgefunden und anschließend psychologisch getestet. Eine weitere eingehende Untersuchung erfolgte bei den gleichen Männern zwischen der 8. und 16. Wehrdienstwoche. Die Differenzierung in Hyper- und Hyposekretoren stimmte in 85% der Fälle mit den Ergebnissen der psychologischen Tests überein. Bei der Anfangsuntersuchung fanden sich ein akutes Ulcus und 3 abgeheilte, bei der Zweituntersuchung 5 akute Duodenalulcera. Alle Ulcusträger gehörten zur Gruppe der Hypersekretoren.

III. Arbeiten über Beziehungen von Ulcus pepticum und Psychosen

Aus einer Vielzahl von Arbeiten, die sich mit Magen-Duodenalulcerationen bei Patienten mit endogenen Psychosen befassen, können hier nur einige paradigmatisch referiert werden.

KATZ untersuchte 30 Schizophrene mit klinisch gesicherten Magengeschwüren, denen als Kontrollgruppe

30 Schizophrene ohne Geschwürsbildung gegenübergestellt wurden. Die Ulcuspatienten zeigten im Gegensatz zur Kontrollgruppe einzelne Realitätsbeziehungen, die nach Ansicht des Autors durch die stete, auf den Patienten abgestellte Umwelt des Hospitals begünstigt werden. Dadurch werden emotionelle Impulse unterdrückt bzw. verdrängt, die so entstehenden Konflikte können bei entsprechender Qualität zum Ulcus führen.

MENG und STERN gehen im Rahmen dieses Problems auch auf das Ulcus ventriculi ein. Es wird von eigenen Beobachtungen berichtet, bei denen Ulcusschübe mit depressiven Phasen abwechseln. Das Ulcus manifestiert sich, wenn der depressive Schub abklingt, es ersetzt ihn gleichsam, oder es setzt ihn fort. Damit ist ein Zusammenhang zwischen Psychosen und Störungen im Ablauf organischer Funktionen aufgezeigt. MENG ist der Meinung, daß bei den Neurosen das Ich nur sekundär beteiligt, bei der Organpsychose aber primär betroffen ist. "Die Erkrankung besteht in einer Veränderung der Ich-Besetzung oder vielleicht oft nur im Verlust der Resistenz der Ich-Besetzungen der äußeren Inanspruchnahme gegenüber."

GOSLING ermittelte, daß peptische Geschwüre weniger bei Psychotikern, jedoch weit mehr bei Neurotikern als bei geistig ausgeglichenen Menschen anzutreffen sind. Das geringste Vorkommen wiesen Schizophrene auf, der höchste Anteil fiel auf depressive Neurotiker und Alkoholiker sowie Asthmatiker. Nach Ansicht des Autors verstärkt sich mit der Neigung zur Depression die Empfänglichkeit für ein peptisches Geschwür.

Die alte und älteste Literatur im Hinblick auf das Psychoseproblem ist bei REITER ausführlich referiert. In den letzten Jahren haben sich hierzu im Rahmen des deutschsprachigen Schrifttums nur noch LOPEZ-IBOR sowie SPIEGELBERG geäußert. Der spanische Autor zieht grundsätzliche Analogien zwischen thymopathischen, d.h. endogenen Störungssyndromen der

Psychiatrie und psychosomatischen Symptombildungen. SPIEGELBERG hat an Einzelfällen und Serienentwicklungen (Ulcus pepticum, Asthma bronchiale 1955; Ulcus pepticum 1962, Colitis ulcerosa 1962 und 1964) endogen-psychotische Bilder bei psychosomatischen Krankheiten beschrieben.

IV. Spezielle Arbeiten über Katamnesen nach Gastrektomie wegen Ulcus pepticum

Den Schwerpunkt der Literatur in Bezug auf den Ansatz der eigenen Arbeit bilden die Veröffentlichungen der Autoren, die nach chirurgischen Eingriffen Störungen psychosomatischer, psychopathologischer und psychoneurotischer Natur aufzeigen. SCHLOSSER und HARTUNG untersuchten bei einem Patientengut von insgesamt 175 Patienten 124. Die Nachuntersuchung beschränkte sich allerdings auf die Magen-Darmsymptomatik und erfolgte teils auf Befragen, teils auf ambulantem und stationärem Wege. Dabei gaben 20 Patienten (15,7%) Beschwerden verschiedener Art an, die auf das Magenleiden oder die Operation zurückgeführt wurden. Die Autoren sind der Meinung, daß jedes frische Ulcus in die Hand des Internisten gehört, wobei sich die Behandlung sowohl auf das Symptom "Ulcus" wie auf die möglicherweise vorliegenden psychischen Faktoren als Ursache des Leidens beziehen soll, da "gelegentlich der Psychiater den Schlüssel zur Beeinflussung der vorliegenden Ulcusursachen findet". - Bei häufig auftretenden Rezidiven, eingehender erfolgloser konservativer und psychosomatischer Therapie sowie Ausschaltung aller umweltbedingten Ulcusnoxe halten die Autoren nach mindestens zwei klinisch stationär durchgeführten Ulcuskuren die Indikation zur Resektion für gegeben. Dagegen erfordern große kalöse Ulcera unbedingt eine Resektion, da die Gefahr der Penetration, Perforation, Gefäßarrosion und malignen Entartung zu groß ist.

BROWNING and HOUSEWORTH berichten über die Entstehung neuer Symptome nach konservativer und chirurgischer

Behandlung von Duodenalulcera. Man ging methodisch so vor, daß zwei Versuchsgruppen von jeweils 30 Patienten zusammengestellt wurden. Die Behandlung der einen Gruppe erfolgte durch Gastrektomie, die der anderen war konservativ. Beide Gruppen mußten sich

1. einer detaillierten Exploration,
2. einer Unterredung mit einem psychiatric social worker unterziehen,
3. erfolgten Labor- und Röntgenuntersuchungen.

Keiner der Patienten wurde psychotherapeutisch behandelt. Bei ungefähr 40% aus der Gruppe der Gastrektomierten wurde entweder vor oder zur Zeit des Eingriffs eine Vagotomie vorgenommen. Die konservative Behandlung der Kontrollgruppe bestand aus Klinikaufenthalt mit Bettruhe, Verabreichung von Antacida, Antispasmodica und Diät.

Die vor und nach der Behandlung aufgetretenen Symptome wurden eingeteilt in:

1. Ulcussymptome
2. Symptome vermutlich psychosomatischer Natur (Hypertension, Arthritis, Asthma, Migräne, psychische Hauterkrankungen)
3. Psychoneurotische Symptome (Hysterie, Phobie, Wahn, Zwang, Hypochondrie, Neurasthenie, Depression, Angst)
4. Charakterologische Symptome (Kontaktschwäche, Alkoholismus, Süchtigkeit, asoziales Verhalten, fehlende Arbeitsmoral, Flucht in die Arbeit).

Die Versuchsergebnisse wurden in Tafeln und Tabellen demonstriert. Diese Ergebnisse zeigen, daß nur noch 43% der Patienten nach der Gastrektomie Ulcussymptome aufzuweisen hatten. Das Auftreten anderer psychosomatischer Symptome erhöhte sich jedoch auf 24%. Psychoneurotische Affektionen stiegen nach der Operation um 50% an. Eine signifikante Veränderung der charakterologischen Symptomatik wurde nicht gefunden. Die Ergebnisse wurden ein Jahr nach der Operation zusammengestellt. 57% der Gastrektomierten

hatten zu dieser Zeit keine Abdominalbeschwerden. Bei den konservativ behandelten Patienten waren die Gastro-Intestinal-Symptome vor und nach der Behandlung unveränderlich. Veränderungen psychoneurotischer und psychosomatischer Natur traten in signifikanter Form nicht auf. - Die Ergebnisse stützen die Hypothese, wie die Autoren abschließend berichten, daß eine erfolgreiche Beseitigung der Duodenal-Ulcus-Symptome mittels Gastrektomie nur dann die Entwicklung neuer Symptome verhindern kann, wenn die assoziierten psychopathogenetischen Konflikte ebenfalls beseitigt werden.

WHITLOCK untersuchte 25 Patienten, 17 Männer und 8 Frauen, die nach partieller Gastrektomie in eine psychiatrische Klinik eingewiesen worden waren. Von den 17 Männern wurden 9 wegen Alkoholismus, 2 wegen Medikamentenabusus eingewiesen, die restlichen 6 wegen neurotischer und depressiver Symptome. 3 der Frauen waren medikamentensüchtig, die übrigen wiesen teils ängstliche, teils depressive Symptome auf. Mit Ausnahme einer Frau und 2 Männern, die ein Ulcus ventriculi hatten, waren alle an einem Ulcus duodeni operiert worden. Die Patienten klagten fast ausnahmslos über heftige Dumping-Symptome. Da 56% des relativ geringen Untersuchungsgutes an Alkoholismus und Medikamentensucht litt, schloß der Verfasser, daß die Beziehung zwischen partieller Gastrektomie und diesen beiden Suchterscheinungen nicht eine zufällige sein kann. Sie scheint nicht zu bestehen, wenn psychoneurotische Symptombildungen der partiellen Gastrektomie folgen. - In einer Literaturübersicht wird dann von ähnlichen Beobachtungen berichtet.

Es ergeben sich Anhalte dafür, so wird weiter ausgeführt, daß Patienten mit Duodenalgeschwüren hinsichtlich ihrer Persönlichkeit von denjenigen mit Magen-geschwüren differieren. In dieser Untersuchungsreihe wurden alle Alkoholiker und Medikamentensüchtigen wegen Duodenalgeschwüren operiert. Es wird daher von

der theoretischen Möglichkeit gesprochen, daß diese Patienten unbewußte Konflikte oraler Natur haben, die unter bestimmten Umständen durch Suchtmittelabusus zum Ausdruck kommen. WHITLOCK ist weiter der Ansicht, daß die soziale Anpassung der Patienten zur Zeit des peptischen Geschwürs besser war als nach der Operation. Bei den Alkoholikern konnte man den Eindruck gewinnen, daß das manifeste Ulcus wie eine Bremse auf das exzessive Trinken wirkte. Umgekehrt stellte das Geschwürleiden wiederum eine Ausweichmöglichkeit dar, wenn die normale aber möglicherweise kritische Anpassungssituation bedroht war. - Das Vorkommen von psychoneurotischen Symptomen nach der Gastrektomie wird so erklärt, daß die Operation bei einer vermehrt anrührbaren Persönlichkeit ein besonders belastendes Erlebnis darstellt. Die zusätzliche Belastung der postoperativen Symptome wird dann nicht mehr verkraftet. Da einerseits bei Nichteingreifen des Chirurgen das Leben des Patienten gefährdet sein kann, andererseits aus einem verhältnismäßig gut angepaßten Menschen durch eine Operation ein chronischer Alkoholiker werden kann, weist der Verfasser darauf hin, daß Patienten mit klar definierter Persönlichkeitsstruktur vor der Operation entdeckt werden sollten und bei diesen vor und nach dem chirurgischen Eingriff eine psychiatrische Behandlung vorgenommen werden sollte.

BADAL berichtet von 30 Ulcuspatienten im Alter von 25-60 Jahren, die nach teilweise konservativer und chirurgischer stationärer Behandlung in Hinsicht auf Verhaltensstörungen, psychoneurotische Veränderungen, psychosomatische Symptome und Magenfunktionsstörungen untersucht wurden. 4 der 15 internistisch Behandelten und 5 der 15 Teilgastrektomierten zeigten keine Veränderungen. Mehr als die Hälfte der Patienten hatte jedoch neue neurotische oder psychosomatische Symptome nach der mindestens ein Jahr zurückliegenden Behandlung. Ernsthafte neurotische Erscheinungen traten nur bei den Gastrektomierten

auf. Aber auch die von pathogenetischen Symptomen freien Patienten zeigten Änderungen ihrer Gewohnheiten und ihres Benehmens, was für eine die medizinische wie chirurgische Behandlung begleitende psychische Beeinflussung spricht.

NEJMARK berichtet über die Probleme der Klinik und Pathogenese der nach Magenresektion entstehenden Asthenien.

D. DISKUSSION, SCHLUSSFOLGERUNG, AUSBLICK

Das wesentliche Anliegen der Arbeit ist mit der Schilderung der katamnestischen Erhebungen erfüllt. Eine Mehrzahl der kleinen Zahl von 12 Patienten ist zwar hinsichtlich der körperlichen Leiden geheilt oder doch sehr gut gebessert worden. Es haben sich aber bei diesen Patienten andere Symptome gezeigt. Nur eine Minderzahl der untersuchten Personen ist völlig symptomlos geworden, d.h. die Ulcussymptome sind verschwunden und neue Krankheitserscheinungen sind nicht aufgetreten. Beim Vergleich der eigenen Ergebnisse mit denen von BROWNING und HOUSEWORTH ist die signifikante Abnahme der Ulcussymptome nach der Gastrektomie auffällig. Dort zeigten noch 43% der Patienten Ulcussymptome, wir berichteten von 3 Probanden - das ist $1/4$ des Patientengutes - mit dieser Symptomatik. In unserer Untersuchungsreihe bekamen mehr als die Hälfte der Patienten (7) neue, bis dahin nicht bekannte psychopathologische Beschwerden, während BROWNING und HOUSEWORTH einen Anstieg psychoneurotischer Affektionen - wohl mit den von uns genannten psychopathologischen Erscheinungen vergleichbar - von 50% zu verzeichnen haben. Außerdem berichten die Autoren von einer Erhöhung anderer psychosomatischer Symptome auf 24%, während unsere Ergebnisse die Entstehung neuer körperlicher Symptome in 7 Fällen zeigen. Wir können also sagen, daß die

Veröffentlichung von BROWNING und HOUSEWORTH über die Entstehung neuer Symptome nach konservativer aber vor allem chirurgischer Behandlung von Duodenalulcera durch unsere Ergebnisse bestätigt und erhärtet wurde. Die Differenz in der Zusammensetzung des Patientengutes (wir haben je 6 Fälle von Ulcus ventriculi und Ulcus duodeni untersucht, BROWNING und HOUSEWORTH jedoch nur Duodenalulcuskranken) ist u.E. zu vernachlässigen, da ja in beiden Fällen eine Gastrektomie vorgenommen wurde.

Die Autoren fanden nur psychoneurotische und psychosomatische Symptombildungen. Die letzteren sind bei uns in der Minderzahl, nur in einem Fall kam es zu einer bronchospastischen Symptomatik, welche in diesem Zusammenhang mit Vorbehalt als psychosomatisches Leiden betrachtet werden kann. Hinsichtlich der globalen Bezeichnung "psychoneurotische Affektion" möchten wir auf eine Kritik der diagnostischen Beurteilung verzichten, weil der Rahmen der eigenen Arbeit dadurch gesprengt werden würde. Es sei nur angemerkt, daß im anglo-amerikanischen Schrifttum eine leichtere psychopathologische Alteration häufig als psychoneurotisch oder neurotisch bezeichnet wird, die in der deutschen Psychiatrie in die Gruppe endogen-psychotischer Symptome eingeordnet werden würde. Besonders bei leichten depressiven Symptombildungen ist die Differentialdiagnose schwierig. Wir neigen dazu, die von unseren Patienten geschilderten psychischen Veränderungen wenigstens zum Teil als endogen-biologisch bedingt anzusehen und halten es für sehr wahrscheinlich, daß es sich um dieselben Erscheinungen handelt, welche BROWNING und HOUSEWORTH gesehen und als psychoneurotisch bezeichnet haben.

Bei BADAL hatten 5 der insgesamt 15 Teilgastrektomierten nach der Operation keine Veränderungen aufzuweisen, mehr als die Hälfte der Patienten zeigte jedoch neue neurotische oder psychosomatische Symptome, wobei nur bei den Gastrektomierten ernsthafte neurotische Erscheinungen auftraten. Auch diese Un-

tersuchungsergebnisse zeigen eine große Übereinstimmung mit den Resultaten von BROWNING und HOUSEWORTH und den von uns demonstrierten. Unterschiede bestehen nur durch Auftreten von "charakterologischen" Symptomen bei BADAL, während die oben genannten Autoren und auch wir Veränderungen dieser Art nicht nachweisen konnten. - Es gelten hier aber unseres Erachtens auch die eben angedeuteten unterschiedlichen nomenklatorischen Gebräuche sowie diagnostische und theoretische Auffassungen. Wahrscheinlich handelt es sich um gleichartige, nach Gastrektomie auftretende Erscheinungen, welche einmal charakterologisch, dann psychoneurotisch oder schließlich thymopathisch, endogen-biologisch aufgefaßt werden. - WHITLOCKS Untersuchungen ergaben, daß 56% des 25 Patienten umfassenden Untersuchungsgutes an Alkoholismus und Medikamentensucht litt. Die daraus resultierende Schlußfolgerung, die Beziehung zwischen partieller Gastrektomie und diesen beiden Suchterscheinungen könne nicht eine zufällige sein, kann durch unsere Untersuchungsergebnisse nicht bestätigt werden. Trotz der Einschränkung WHITLOCKS, die eben genannte Beziehung scheine nicht zu bestehen, wenn psychoneurotische Symptombildungen der partiellen Gastrektomie folgen, haben wir in unserer Untersuchungsserie nicht von einem einzigen Fall mit Alkoholismus oder Medikamentenabusus zu berichten.

Die Untersuchungsergebnisse sprechen dafür, daß das Ulcus pepticum wahrscheinlich nicht eine lokale Erkrankung, sondern eher ein Allgemeinleiden - etwa entsprechend der Bezeichnung "Ulcuskrankheit" - ist. Als hypothetische Erklärung für das häufige Vorkommen von Symptombildungen nach Gastrektomie wird ein übergeordneter, phasisch oder periodisch (z.B. tages- und jahreszeitliche Periodik; MENNINGER-LERCHENTHAL) ablaufender Krankheitsvorgang mit besonderer Affinität zu psychischen Funktionen bzw. ihren körperlichen Substraten angeboten. Da mit der

Gastrektomie sozusagen die Endstrecke des Krankheitsgeschehens verlegt, ja abgebaut ist, kann sich die pathogene Dynamik andere Kanäle, Auswirkungsgebiete suchen (z.B. Bronchospastik, allgemeine Herz- und Kreislaufirritation oder auch ängstlich geprägte Vegetativanfälle), sofern der zugrundeliegende (hypothetisch-psychosomatische) Prozeß nicht therapeutisch beseitigt oder spontan abgeheilt ist.

Daß ein ähnlicher Symptomwandel auch bei Vagotomie wegen Ulcus pepticum beobachtet wurde, spricht ganz allgemein für einen neurogenen Faktor.

Unsere Untersuchungen sagen nichts Endgültiges über die nähere Struktur etwa neurogener bzw. psychosozialer Faktoren aus. Die phänomenologische Querschnittsanalyse und die katamnestischen Längsschnitte lassen daran denken, daß endogen-biologische Verstimmungsmomente neben oder anstatt erlebnisreaktiven, neurotischen eine Rolle spielen können. Mit anderen Worten: Endogen-thymopathische Symptomatik mit ihrer notorischen Somatisierungstendenz kann die pathogene Dynamik prämorbid (psychischer oder vegetativ aktual-neurotischer; FREUD, HØJER-PEDERSEN) Veränderungen, der Ulcusmanifestation und schließlich auch der nach Gastrektomie oder Vagotomie auftretenden neuen Symptome ausmachen.

Wie aus der Literaturübersicht hervorgeht, differieren die Meinungen über die Genese des Ulcus pepticum trotz jahrelangen, intensiven Forschens doch noch recht erheblich. Eines haben jedoch alle gemeinsam: Es werden in keinem Fall psychische Faktoren ursächlich ganz ausgeschlossen. Diese Auffassung, der sich heute sowohl Internisten als auch Chirurgen angeschlossen haben - die Arbeit von SCHLOSSER und HARTUNG ist dafür der beste Beweis - zieht verständlicherweise einige Konsequenzen nach sich. Daß dabei die therapeutischen dominieren, bedarf keiner Frage. Methodisch könnte dabei so vorgegangen werden, daß Internisten, Chirurgen und Nervenärzte eng zusammen-

arbeiten, so daß gegebenenfalls schon eine "psychiatrische Prämedikation" für den Fall einer chirurgischen Indikation zur Anwendung gelangen kann. Die Ergebnisse der Untersuchungen sprechen durchaus für eine interdisziplinäre Bearbeitung des Ulcusproblems sowohl in wissenschaftlicher als auch in praktisch-ärztlicher Hinsicht. SCHLOSSER und HARTUNG wiesen bereits darauf hin, daß bei der Therapie auf keinen Fall die möglicherweise vorliegenden psychischen Faktoren vernachlässigt werden dürfen. BROWNING und HOUSEWORTH sprechen von der Beseitigung der assoziierten psychogenetischen Konflikte, wenn nach der Gastrektomie keine neuen Symptome auftreten sollen. WHITLOCK fordert die Frühdiagnose von psychopathologisch alterierten Patienten, die vor bzw. nach der Operation einer psychiatrischen Behandlung zugeführt werden sollen. Auch SPIEGELBERG ist der Ansicht, daß bei nachweisbaren oder mit Wahrscheinlichkeit anzunehmenden psychogenetischen oder soziogenetischen Faktoren Psychotherapie durchgeführt werden soll. J.H. SCHULTZ wies immer wieder auf die Möglichkeiten der Hypnose und des autogenen Trainings hin. Psychotherapie in Verbindung mit internistischer Versorgung der Störung erscheint ALEXANDER, da das Magengeschwür nach seiner Meinung ein chronischer Zustand ist, die adäquate Behandlung des Ulcus.

E. Z U S A M M E N F A S S U N G

Es wurden je 6 teilgastrektomierte Fälle von Ulcus ventriculi und Ulcus duodeni (10 Männer und 2 Frauen) nach durchschnittlich 5,4 Jahren neurologisch-psychiatrisch untersucht.

Vor der Ulcusmanifestation zeigten 2 Patienten erwähnenswerte psychiatrische Symptome, während der Ulcuskrankheit traten bei 3 Patienten bis dahin unbekannte Beschwerden auf. Krankheitssymptome, die nach der Operation in Erscheinung traten, wurden unterschieden in:

1. Psychopathologische Symptome
2. Körperliche Symptome (psychosomatischer Natur)
3. Abdominalbeschwerden

Danach akquirierten 6 Patienten und 1 Patientin psychopathologische Symptome, 6 Patienten und 1 Patientin körperliche Symptome, 2 Patienten und 1 Patientin Abdominalbeschwerden.

3 Patienten sind nach dem Eingriff völlig beschwerdefrei bis auf einen, der zeitweise an Magenbeschwerden leidet. Eine Literaturübersicht berücksichtigt allgemein die Problematik der Ulcusgenese unter Betonung gleichsinniger Beobachtungen und Untersuchungen an Ulcus-pepticum-Kranken.

Bei einem Vergleich der Ergebnisse mit denen anderer Autoren wird eine interdisziplinäre Zusammenarbeit nahegelegt, wobei sich neben der immer noch notwendigen ätiologisch-pathogenetischen Forschung entsprechende Konsequenzen für die Therapie ergeben.

In der Schlußbetrachtung wird eine hypothetische Erklärung der gefundenen Symptomneubildungen bzw. -verschiebungen zur Diskussion gestellt: Die Ulcuskrankheit produziert - ihrer primären Äußerungsmöglichkeit beraubt und im ätiologischen Kern unbehandelt - neue Symptome; hierbei spielen wahrscheinlich psychische Funktionen und neuronale Prozesse eine Rolle, über deren Wesen und nähere Bedeutung die Arbeit aber nichts aussagen kann.

L I T E R A T U R

- ALEXANDER, F.: Psychosomatische Medizin, Berlin
W. de Gruyter u. Co., 1951
- BADAL, D.W.; DRISCOL, T.E.; MAULTSBY, M.: The role of
the symptom in psychosomatic disease -
changes following removal of a symptom
by extrapsychic means. Amer.J. Psychiatry
113 (1957) 1081
- van BALEN, G.F.; LINDEBOOM, G.A.: The role of the inter-
nist in the psychosom. approach to peptic
ulcer. Acta psychother. (Basel) 3 (1955) 259
- BONFILS, S.: Das "zwangsbedingte Magenulcus" Image 1
(1963) 8, Grenzach/Baden, Deutsche Hoffmann-
La Roche AG
- BROWNING, J.S.; HOUSEWORTH, J.H.: Development of New
Symptoms Following Medical and Surgical
Treatment for Duodenal Ulcer. Psychosom.
Med. XV (1953) 292
- CUSHING, H.: Peptic Ulcer and The Interbrain. Surg.,
Gynec. and Obstet. 55 (1932) 1
- DEUCHER, F.: Die Colitis ulcerosa. J.P. Peter, Rothen-
burg o.d.T. 1954
- DUNBAR, F.: Emotions and Bodily Changes. Columbia Univer-
sity Press, New York (1954) 483
- ERBSLÖH, F.: Erkrankungen des Magen-Darmtraktes und der
Bauchspeicheldrüse. Hdb. der spez. Anatomie
und Histologie, Henke-Lubarsch, Bd. XIII,
Bandteil 2, p. 1699
- FREUD, S.: Ges. Werke, Imago Publ. and Co., London 1952,
Bd. I, p. 315
- GARMA, A.: Psychische Faktoren bei gastrischen und
Duodenalulcera. Zeitschr. f. Psychosom.
Med. 4 (1957) 57
- GLATZEL, H.: Zur Psychosomatik der Ulcuskrankheit. Zeitschr.
f. Psychosom. Med. 1 (1954/55) 11
- : Ulcuspersönlichkeit und Ulcuserlebnis.
Kl. Wschr. 24/25 (1946/47) 257
- : Handbuch der Neurosenlehre und Psychothera-
pie. Urban und Schwarzenberg, München und
Berlin, Band II (1959) 439
- : Die psychischen und sozialen Wurzeln der
Ulcuskrankheit. Med. Welt 1964, p. 1305
- GOSLING, R.H.: Peptic ulcer and mental disorder. II,
J. Psychosom. Res. (London) 2 (1958) 285

- HEGEMANN, G.: Chirurgische Behandlung der Colitis ulcerosa.
Dtsch.med.Wschr. 88 (1963) 415
- HEILMEYER, L.: Lehrbuch der Inneren Medizin. Berlin,
Göttingen, Heidelberg, Springer-Verlag,
(1961) p. 786
- HOFF, H.: Gastrointestinale Störungen: Das Magengeschwür.
Vorträge d. 2. Lindauer Psychotherapie-
woche, Stuttgart (1951)
- HØJER-PEDERSEN, W.: On the Significance of psychic factors
in the Development of Peptic Ulcer.
Ejnar Munksgaard, Kopenhagen (1958)
- HOLLMANN, W.: Psychologie des Magenulcus. Konst.Med. u.
Neuralth., 2 (1953/54) 181
- JORES, A.: Kritische Bemerkungen zu der Arbeit von
H.H. Wieck, A. Kallenberg, G. Liebler,
W. Pauli u.H.E. Posth: "Klin. Untersuchun-
gen zur Psychosomatik der Ulcuskrankheit."
Fortschr. Neurolog. u. Psychiatr. 27
(1959) 675
- KATZ, M.M.: Psychodynamics of Peptic Pathogenesis in
Hospitalised Schizophrenic Patients.
Psychosomat. Med. 16 (1954) 47
- LAFORGUE, R.: De la medecine psychosomatique. Acta
psychother. 3 (1955) 289
- LOPEZ-IBOR, J.J.: Psychosomatische Forschung. In: Psychia-
trie der Gegenwart, Bd. 1/2, p. 79. Sprin-
ger-Verlag, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1963
- MAHL, G.F. u. KARPE, R.: Emotions and Hydrochloric Acid
Secretion during Psychoanalytic Hours.
Psychosomat. Med. 15 (1953) 312
- McLEAN, P.D.: The Limbic System (visceral brain) in
Relation to Central Gray and Reticulum of
the Brain System. Psychosomat. Med. 17
(1955) 355
- : Psychosomatics. In: Handbook of Physiology.
Vol. III. Chapt. 69., p. 1723. The Williams
and Wilkins Co., Washington, D.C., 1960
- MENG, H. u. STERN, E.: Zum Problem der Organpsychose.
Zeitschr. f. Psychos. Med. 1 (1954/55) 286
- MENNINGER-LERCHENTHAL, D.: Periodizität in der Psycho-
pathologie Wilhelm Maudrich. Wien, Bonn
und Bern; 1960
- MITSCHERLICH, A.: Vom Wesen der Sucht. Ernst Klett Ver-
lag, Stuttgart, 1947

- NEJMARK, L.O.: Probleme der Klinik und Pathogenese der nach Magenresektion entstehenden Asthenien. Terap.arch. 28, H 1 (1956) 26
- ORGEL, S.Z.: Effect of Psychoanalysis on the Course of Peptic Ulcer. Psychosomat.Med. 20 (1958) 117
- PFLANZ, M.: Sozialer Wandel und Krankheit. F. Enke, Stuttgart (1962)
- PILOT, M.L.: Duodenal Ulcer in One of Identical Twins. Psychosomat.Med. 19 (1957) 221
- PLOOG, D.: Zitiert nach Spiegelberg (Z. Psychosom.d.Ulc. pept. u.d. Col. ulc.)
- REITER, P.: Zur Pathogenese der Dementia praecox. Munksgaarden, Kopenhagen, 1929
- SCHLOSSER, V. u. HARTUNG, H.: Katamnestische Untersuchungen von Ulcuskranken nach-Magenresektion. Fortschr. d.Med. 7 (1963) 279
- SCHULTZ-HENCKE, H.: Lehrbuch der analytischen Psychotherapie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1951
- SCHWIDDER, W.: Psychische Faktoren bei Magen- und Darmerkrankungen. Zeitschr. f. Psychosom. Med. 1 (1954/55) 4
- SPIEGELBERG, U.: Über Beziehungen endogener Psychosen zu körperlichen Krankheiten. Fortschr. Neurol. u. Psychiatr. 23 (1955) 221
- : Psychosomatische Probleme in psychiatrischer Sicht. Med.Welt 1962, p. 1681
- : Zur Psychosomatik des Ulcus pepticum und der Colitis ulcerosa. In: Bürger-Prinz, H. und Winzenried, F.J.M., Befinden und Symptom, F.K. Schattauer Verlag, Stuttgart, 1964
- : Colitis ulcerosa in psychiatrischer Sicht. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, Forum der Psychiatrie (im Druck)
- STELZNER, F.: Die chirurgische Therapie der Colitis ulcerosa. Münchn.med.Wschr. 1960, p. 1630
- STURM, A.: Grundbegriffe der Inneren Medizin. Stuttgart, G. Fischer, (1963) K 6; II, 2; p. 259
- SZAZ: Zit. bei Alexander
- TÖNNIS, W. u. BISCHOF, W.: Störungen innerer Organe bei Erkrankungen des Gehirns und des Rückenmarkes. J.A. Barth, Leipzig, (1961)
- WEINER, H.; THALER, M.; REISER, F.; MIRSKY, A.: Etiology of Duodenal Ulcer. Psychosomat. Med. 19 (1957) 1

- WEISMAN, E.D.: A Study of the Psychodynamics of Duodenal
Ulcer Exacerbations Psychosomat. Med. 18
(1956) 2
- WEISZ, J.D.: The Etiology of Experimental Gastric
Ulceration. Psychosomat. Med. 19 (1957) 61
- WEITBRECHT, J.: Kritik der Psychosomatik. Georg Thieme
Verlag, Stuttgart, 1955
- . - : Psychiatrie im Grundriss. Springer Ver-
lag, Berlin-Göttingen, 1963
- WHITLOCK, F.A.: Some psychiatric consequences of Gastrec-
tomie. Brit.Med.J. 1 (1961) 1560
- WIECK, H.H.; KALLENBERG, A.; LIEBLER, G.; PAULI, W.;
POSTH, H.E.: Klinische Untersuchungen zur
Psychosomatik der Ulcuskrankheit. Fortschr.
Neurol. u. Psychiatr. 27 (1959) 133

Meine akademischen Lehrer waren die Herren Professoren, Dozenten und Oberärzte:

Beckmann, Berendes, Bickel, Bock, Braun-Falco, Bücher, Dimroth, Dölle, Drabert, Eggstein, Exner, Förster, Gedigk, Golenhofen, Gross, Hamm, Hartmann, Hensel, Heuser, Hildebrandt, Hornung, Huber, Jacob, Kottmeyer, Lang, Linneweh, Lübbers, Mahr, Martini, Marx, Maurath, Müller, Münzenberg, Niessing, Nieth, Neubauer, Oksche, Petry, du Mesnil de Rochemont, Sauer, Schadewald, Schiff, Schleyer, Schmid, Schmitz, Schölmerich, Schrappe, Schwaiger, Seidel, Siegert, Siess, Spiegelberg, Stein, Straub, Streicher, Walcher, Würterle

L e b e n s l a u f

Am 24. Juni 1936 wurde ich, Horst Kowalsky, als Sohn des Stabsintendanten Edmund Kowalsky und seiner Ehefrau Elisabeth, geb. Wieczorek, in Gleiwitz geboren.

1942 wurde ich in die Volksschule eingeschult. Nach der Flucht meiner Eltern im Dezember 1944 besuchte ich die Volksschulen in Neutitschein / Sudetenland, Gösselsdorf / Thüringen und Ostheim / Hessen. Im März 1949 bestand ich die Aufnahmeprüfung für die Quinta der Albert-Schweitzer-Schule in Hofgeismar. Hier bestand ich am 7. März 1957 das Abitur.

Von Mai bis Oktober 1957 arbeitete ich als Hochschulpraktikant in Kassel, um im November des Jahres an der TH Darmstadt zu immatrikulieren. Hier studierte ich 4 Semester Maschinenbau.

Im Wintersemester 1959 wechselte ich zur Universität Marburg, um mich in die Medizinische Fakultät einzuschreiben.

Nach Anrechnung eines Darmstädter Semesters bestand ich im Oktober 1960 das Vorphysikum und im Oktober 1961 das Physikum. Im Herbst 1964 meldete ich mich zum Staatsexamen, das ich am 9. März 1965 beendete.

Seit dem 18. März 1965 bin ich verheiratet und habe meinen ersten Wohnsitz in Hofgeismar, Königsberger Str. 1.

Herrn Prof.Dr.med. H. Jacob, Direktor der Universitätsnervenklinik Marburg/Lahn, danke ich für die Bereitstellung der Thematik und die Erlaubnis, in der Universitätsnervenklinik arbeiten zu dürfen.

Herrn Prof.Dr.med. H.Stutte, Direktor der Universitätskinderpsychiatrie Marburg/Lahn, sage ich meinen Dank für die Übernahme des Correferates.

Mein ganz besonderer Dank gilt Herrn Priv.Doiz.Dr.med. U. Spiegelberg für die Unterstützung und Beratung bei der Gestaltung und Entstehung dieser Arbeit.

